Rok XLII. Kraków 25 Lipca 1903. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie i z pracowni patologii ogólnej prof. Łukjanowa w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Przyczynek do nauki o precypitynach, hemo- i antyhemolizynach*).

(Praca nagrodzona na Konkursie imienia Dra Teodora Dunina w Warszawie).

Napisał

Dr. F. Majewski,

elew kliniki.

Nauka o wytwarzaniu się w ustroju zwierzęcym swoistych środków obrony w walce przeciwko drobnoustrojom stanowi dziś najbardziej interesującą część medycyny doświadczalnej. O donioslości praktycznej tego działu nauki lekarskiej nie możemy jeszcze powiedzieć ostatniego słowa. O ile się jednak zdaje, przyszłość leczenia chorób zakaźnych zależy najzupełniej od rozwoju tej części wiedzy naszej.

Z biegiem czasu, w miarę bliższego zaznajomienia się ze sposobami oddziaływania ustroju na zakażenie, przekonaliśmy się, że na czynność tę składa się cały szereg objawów, nader skomplikowanych i subtelnych, a przytem tak zasadniczych, że dalszy rozwój nauki o odporności zależy przedewszystkiem od dostatecznego poznania poszczególnych spraw wchodzących tu w grę.

W ostatnich latach zaczęto badać zachowanie się ustroju zwierzęcego nie tylko względem przenikających do jego wnętrza drobnoustrojów, zdolnych wywołać tę lub inną sprawę chorobową, ale tak samo zachowanie się jego względem tworów komórkowych, pochodzących z innych ustrojów zwierzęcych. Okazało się z tych badań, że ustrój zwierzęcy oddziaływa w sposób analogiczny tak na przenikające do jego istoty drobnoustroje i toksyny, jak i na twory komórkowe i ciecze zwierzęce i walczy jednakową bronią ze szkodliwymi ich wpływami, wytwarzając w sobie własności uodporniające.

Do rzędu jeszcze niedostatecznie zbadanych objawów odporności należy sprawa o swoistości precypityn.

Z inicyatywy mojego szefa, profesora Kadera, spędziłem kilka miesięcy w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersbugu dla zapoznania się praktycznego z obecnym stanem nauki o seroterapii i cytotoksynach. Dyrektor Zakładu, prof. Łukjanów, zaproponował mi zajęcie się sprawą precypityn. Publikacya niniejsza jest wynikiem pracy nad tą sprawą. Daleki byłem od myśli opracowania jej w sposób wyczerpujący i wszechstronny: kilka miesięcy — za krótki na to czas.

*) Praca niniejsza została ukończona przed 1-szym lipca 1902 r.

Po ukończeniu jednak pracy mojej, kiedy się już okazało możebnem zestawienie całego uzyskanego w tym kierunku materyału, przekonałem się, że dają się z niego wyprowadzić wnioski godne uwagi tem bardziej, że mogłem je połączyć z niektóremi, również nie pozbawionemi znaczenia, obserwacyami z dziedziny hemo- i antyhemolizyn.

Badanie precypityn zapoczątkował Kraus w r. 1897. aczkolwiek sama nazwa „precypityny“ weszła w użycie dopiero póżniej. Kraus dowiódł, że surowica krwi zwierząt, uodparnianych przecinkowcami cholery i lasecznikami duru brzusznego, wywołuje tworzenie się osadów w odpowiednim przesączu hodowli pomienionych gatunków drobnoustrojowych, t. j. działa na przesącz zupełnie swoiście.

W roku 1899 ogłoszona została praca Czystowicza, która wykazała analogiczne zachowanie się ustroju zwierzęcego (królika resp. innych zwierząt) w stosunku do innej, użytej przez niego cieczy, jako szczepionki, a mianowicie surowicy węgorza.

Następnie Bordet wykazał, że królik, szczepiony odwłóknioną krwią kury, lub mlekiem krowiem, wypracowuje odpowiednie precypityny. Myersowi udało się otrzymać precypityny, osadzające globulinę surowicy kozy i krowy, a także białko jaja kurzego i pepton Wittego.

Deutsch, Uhlenhut, Wassermann i Schütze Ziemke i inni dowiedli w całym szeregu prac na królikach, których szczepiono krwią ludzką lub jej surowicą, możności używania swoistych precypityn w celu sądowo-lekarskiego rozpoznania pochodzenia plam krwawych. Leclainche i Vallée, Zülzer przekonali się, że też same t. j. wytworzone przez zastrzyknięcie krwi i surowicy precypityny dają odczyn i z moczem ludzkim, zawierającym białko. Schütze otrzymał analogiczne precypityny, używając do szczepienia białkowej substancyi, zawartej w mięśniach. Stern, Leclainche i Vallée, Mertens, Dieudonné, Nuttal i Dinkelspiel posiłkowali się w tym samym celu z powodzeniem moczem, zawierającym białko, i przesiękiem; ostatni dwaj autorowie oprócz tego — łzami i wydzieliną błony śluzowej nosa, a Biondi wyciągiem nerek; pod wpływem szczepień temi substancyami zwierzęta wytwarzają precypityny, wywołujące strąt w odpowiednich, do szczepienia używanych cieczach.

Kowarski przekonał się, że zwierzęta oddziaływają wytwarzaniem swoistych precypityn względem szczepionki nawet w tym przypadku, jeżeli im się zastrzykuje substancye białkowe, zawarte w różnych rodzajach ziaren zbożowych.

Majewski wykazał obecność precypityn w surowicy prawidłowej niektórych zwierząt; niektóre z badanych surowic wywoływały strąty większe w przesączach hodowli laseczníka okrężnicy, niektóre zaś w przesączu hodowli gronkowca

białego (*staph. alb.*). Nie zawsze jednak odczyn ustroju posiada własności ściśle swoiste. Tak np. Wassermann i Schütze, Stern, Grünbaum i Nuttal przekonali się, że precypityny, wytworzone pod wpływem szczepień ludzką surowicą, dają odczyny nie tylko z nią, ale również z surowicą niektórych gatunków małp, jak również z surowicą innych zwierząt (Linoissier i Lemoine, Strube i inni).

Czynione były też usiłowania w celu wykrycia samej natury precypityn. W tym kierunku zasługują na uwagę prace Leblanca, Nolfa, Michaelisa i Jacobiego i Eisenberga. Leblanc udowadnia, że zastrzykiwanie albuminy wywołuje tworzenie się precypityn dla albuminy, a zastrzykiwanie globuliny — dla globuliny. Nolf przeciwnie utrzymuje, że zastrzykiwanie albuminy wcale nie wywołuje tworzenia się precypityn. Michaelis przekonał się, że po zaszczepieniu globuliny występuje tworzenie się substancyi osadzających tylko glubolinę, ale nie albuminę i że odwrotnie szczepienie zwierzęcia albuminą wywołuje w ustroju pojawianie się substancyi, precypitującej nie tylko albuminę, ale również i globulinę. Jacobi stwierdził, że rycyna strąca się przy pomocy antyrycyny, co pozwala przypuszczać, że precypityny pod względem swojej budowy stoją w blizkim związku z antytoksynami. Eisenberg starał się głębiej wniknąć w chemizm precypitacyi i rządzące nią prawa.

Po przytoczeniu tego krótkiego przeglądu główniejszych prac na temat precypityn i odstępując od przytaczania nawet krótkiej historyi rozwoju nauki o hemolizynach w naszej literaturze, już referowanej przez innych autorów (Klecki, Sieradzki, Rzętkowski i Eisenberg), przystępuję do opisu badań własnych.

Wobec tego, że część badaczy określała wpływ surowicy zwierzęcia szczepionego cieczami ustroju ludzkiego li tylko na szczepionkę; część zaś badała wprawdzie wpływ takiej surowicy i na ciecze ustroju ludzkiego, ale ograniczając się do badania jednej tylko cieczy, np. przy szczepieniu moczem białkowym tylko na surowicy krwi, postanowiłem przeprowadzić doświadczenia, mające na celu przekonanie się, o ile pod wpływem różnych cieczy ustroju ludzkiego tak fizyologicznych, jak i patologicznych wytwarzają się w surowicy zwierzęcia szczepionego hemolizyny, antyhemolizyny i precypityny i czy wywierają one wpływ nie tylko na szczepionkę, ale i na inne ciecze ustroju.

Postępując w ten sposób, sądziłem, że może uda się wykryć pewne analogie pomiędzy tak zw. czynnemi ciałami białkowemi ustroju zwierzęcego. W celu zaś zbadania indywidualnych właściwości cieczy ustroju ludzkiego, przeprowadziłem doświadczenia równoległe na zwierzętach, będących z człowiekiem w bliższem lub dalszem powinowactwie rozwojowem. Wszystkie szczepienia wykonywałem na królikach. Wstrzykiwania stosowałem podskórnie w okolicy brzucha. Jedną seryę królików szczepiłem podskórnie surowicą krwi ludzkiej (czasami z domieszką nielicznych czerwonych ciałek krwi), otrzymywaną ze sznurka pępkowego po porodzie. Szczepień takich w ciągu pięciu tygodni dokonałem na każdem zwierzęciu tej seryi 6, w dawkach wzrastających od 4—8 ctm. sz., razem 30 ctm. sz.

Drugiej seryi królików zastrzykiwałem przesięk, wypuszczony zapomocą sączka *à demeure* z obrzękłych kończyn dolnych u chorego, dotkniętego osłabieniem mięśnia sercowego. Przesięk ten przesączony przez filtr Chamberlanda, wprowadziłem każdemu ze zwierząt podskórnie cztery razy w ciągu 4 tygodni w dawkach od 6—10 ctm. sz.

Trzeciej kategoryi królików zadawałem podskórnie przesączony przez filtr Chamberlanda mocz, zawierający białko i pochodzący z przypadku przewlekłego miąższowego zapalenia nerek (klinika prof. Sirotynina). W ciągu 4 tygodni wprowadziłem pod skórę 4 razy mocz, o zawartości 0,7% białka, w ilości od 5—9½ ctm. sz., razem 30 ctm. sz. każdemu ze zwierząt.

Czwartą seryę królików szczepiłem w ciągu 2 tygodni dwukrotnie (6 i 10 ctm. sz.) odwłóknioną krwią ludzką.

W celach kontroli miałem seryę królików pod każdym względem zdrowych i prawidłowych. Każda z surowic królików, szczepionych wyżej wymienionemi cieczami, służyła mi jako odczynnik na następujące surowice zwierzęce i ciecze ustroju ludzkiego:

1) surowica krwi ludzkiej;

2) przesięk z obrzękłych kończyn dolnych przy osłabieniu mięśnia sercowego, używany do szczepienia królików;

3) mocz zawierający białko (*nephritis parenchymatosa chronica*) stosowany do szczepień;

4) ciecz z urazowego wodniaka pochwy jądra (*hydrocele*);

5) płyn przesiękowy z osierdzia, wydobyty przy sekcyi;

6) ciecz komór mózgowych, otrzymana również ze zwłok ludzkich;

7) ślina ludzka;

8) wyosobnione czerwone ciałka krwi ludzkiej;

9) surowice krwi zwierzęcej: *a*) małpy z gatunku *Macacus resus*, *b*) koni, *c*) krowy, *d*) psów, *e*) świnek morskich;

10) wyosobnione czerwone ciałka krwi zwierząt; małpy z gatunku *macacus resus*, konia, krowy, psa, świnki morskiej i gołębia.

Przecięk i mocz białkowy, używane do doświadczeń, były przesączone przez filtr Chamberlanda. Krew otrzymywałem z żył usznych królików, albo w razie potrzeby większej jej ilości z tętnicy szyjnej, u innych zaś zwierząt z żyły lub tętnicy szyjnej przy zachowaniu wszelkich wymagań aseptyki. Po samorodnem skrzepnięciu krwi i oddzieleniu się surowicy odciągałem tę ostatnią sterylizowaną pipetą i w miarę potrzeby centryfugowałem, jeżeli obawiałem się przedostania się do niej przy odciąganiu czerwonych ciałek krwi.

Posiłkując się wyżej wymienionym materyałem, wykonałem cały szereg doświadczeń. Z szeregu analogicznych doświadczeń, dających analogiczne wyniki, podaję jednak tylko po jednem. Wyniki, nie dające się uogólnić z innymi, przytaczam osobno.

Dla łatwiejszego oryentowania się wśród otrzymanych wyników, oznaczałem w dalszym ciągu pracy i w tablicach badane zwierzęta krótkiemi nazwami. A więc: króliki, szczepione podskórnie surowicą, będą oznaczone literą *S;* szczepione przesiękiem — literami *Tr;* otrzymujące mocz *U;* otrzymujące krew odwłóknioną, *Hm*; prawidłowe, t. j. użyte do kontroli, *N.*

W celu wykrycia precypityn w surowicach krwi królików odczynowych należących do pierwszych trzech kategoryi t. j. *S*, *Tr* i *U*, wlewałem do próbówek o jednakowej

średnicy po 1 ctm. sz. fizyologicznego 0,85% rozczynu soli kuchennej i dodawałem po 5 kropel surowicy odczynowej i tyleż kropel cieczy badanej. Mięszaninę tę pozostawiałem w ciągu 5 godzin w ciepłocie pokojowej, poczem obserwowałem otrzymane męty. Wyniki tych doświadczeń przedstawia niżej umieszczona *tablica I*, w której wyrażony jest wpływ surowic pierwszych trzech kategoryi królików odczynowych i surowicy królików użytych do kontroli, na surowicę człowieka i różnych zwierząt, przesięk i mocz białkowy. W tablicy tej + oznacza wyraźny męt, d+ męt większy niż +; — + męt widoczny, ale mniejszy niż +; ⊕ opalescencyę; — oznacza brak mętu i opalescencyi.

Tablica I.

	Surowica człowieka	Przesięk	Mocz białkowy	Surowica małpy	Surowica konia	Surowica krowy	Surowica kozy	Surowica psa	Surowica świnki morskiej
N	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	d +	+	—	—	—	—	—	—	—
Tr	+	d +	—	—	—	—	—	—	—
U	$\underline{+}$	$\underline{+}$	$\underline{+}$	—	—	—	—	—	—

Z powyższego doświadczenia wynika: 1) króliki, szczepione surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem oraz moczem zawierającym białko, wytwarzają w swej surowicy substancye, mające własności precypitacyjne; 2) surowice te są swoiste, t. j. posiadają precypityny, działające tylko na ciecze ustroju ludzkiego; natomiast w surowicach innych zwierząt, nawet małpy, wpływu precypitacyjnego nie wykazują.

Co do małp wyniki moje różnią się od wyników, otrzymanych przez innych autorów, jak: Wassermann, Schütze, Stern, Grünbaum i Nuttal. Możebnem jest, że niepoślednie znaczenie posiada tu gatunek małp, używanych do doświadczeń i że egzemplarz mnie oddany do dyspozycyi z gatunku *macacus resus* znajduje się istotnie w bardziej dalekiem powinowactwie rozwojowem z człowiekiem, niż gatunki badane przez wyżej wymienionych autorów.

3) Surowice trzech pierwszych kategoryi królików posiadają własności wyborcze, t. j. wywołują męty i osady większe w tej cieczy, którą królik był szczepiony; 4) ponieważ każda z surowic odczynowych w różnych cieczach ustroju ludzkiego wywoływała nie jednakowy męt, lecz najwyraźniejszy w tej właśnie cieczy, którą odpowiedni królik był szczepiony, wynika z tego, że we wszystkich tych trzech cieczach, tj. w surowicy, przesięku i moczu białkowym zawarte są różne substancye, które strącają się przez różne odpowiednie precypityny, wytworzone sztucznie pod wpływem szczepień w ustroju królików.

Niektórzy autorowie, jak n. p. Biondi, zapatrują się na rolę precypityn przy tworzeniu się osadów, jak na zaczyny, które jedną tylko obecnością swoją sprawiają to, że się męt pojawia; inni, jak n. p. Strube, znajdują zapatrywanie takie mylnem.

W celu przekonania się, jakie istotne znaczenie ma ilość dodanej surowicy odczynowej, dodawałem do stałej ilości surowicy krwi ludzkiej i przesięku (po 5 kropel), rozcieńczonej za pomocą 1 ctm. sz. (0,85% rozczynu NaCl.), różne ilości surowic odczynowych (od 1—5 kropel) i mogłem się przekonać, że zarówno w surowicy, jak i w przesięku zmętnienia zwiększały się równolegle ze zwiększającą się ilością dodawanych surowic odczynowych.

Tablica II.

	Surowicy krwi ludzkiej kropel					Przesięku 5 kropel				
Ilość kropli odczynowych	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
N	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	+	<+	<+	<+	<+	⊕	+	<+	<+	<+
Tr	⊕	$\underline{+}$	+	<+	<+	⊕	+	<+	<+	<+
U	—	—	⊕	$\underline{+}$	+	—	⊕	$\underline{+}$	+	<+

<+ oznacza męt większy od poprzedzającego w tym samym rzędzie poziomym.

Przy porównaniu wyników, umieszczonych w ostatnim poziomym rzędzie tablicy, mogłem zauważyć, że surowica królika, szczepionego moczem białkowym, dodana w jednakowej ilości do 5 kropel surowicy ludzkiej, lub do takiej samej ilości przesięku, zawsze w tym ostatnim wywoływała większe męty, niż w surowicy ludzkiej. Z tego wynika, że substancye, wywołujące tworzenie się precypityn, znajdujące się w przesięku i moczu białkowym, są sobie bliżej powinowate, niż substancye moczu białkowego i surowicy krwi.

Następnie przeprowadziłem analogiczne doświadczenia: 1) z cieczą z urazowego wodniaka pochwówki jądra (*hydrocele*); 2) z ludzką śliną zmięszaną; 3) z płynem przesiękowym z osierdzia; i 4) cieczą komór mózgowych.

Niżej przytoczona Tablica III. przedstawia wyniki, otrzymane z doświadczeń z cieczą z wodniaka i śliną ludzką. Doświadczenia te wykonywałem podług wzoru, podanego wyżej, z tą tylko różnicą, że przy badaniu śliny ludzkiej brałem ją nie w równej ilości z surowicami odczynowemi, ale w trzy razy większej.

Tablica III.

	Ślina	Płyn z wodniaka pochwy jądra		
Stosunek ilościowy surowic do cieczy badanej (krople)	$^5/_{15}$	$^1/_1$	$^3/_3$	$^5/_5$
N.	—	—	—	—
S.	+	+	+	+
Tr.	d +	$\underline{+}$	<$\underline{+}$	<$\underline{+}$
U	$\underline{+}$	—	—	$\underline{+}$

Przy badaniu płynu z wodniaka największe męty, jak to okazuje Tablica III., otrzymałem przy zastosowaniu odczynowej surowicy *S.*, t. j. pochodzącej z królików, szczepionych surowicą ludzką. Najsłabszą zdolność precypitacyj-

ną wykazała surowica *U.*, pochodząca z królików, szczepionych moczem białkowym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w danym razie mieliśmy do czynienia z płynem z wodniaka pochodzenia urazowego, a więc i zapalnego, przyjdziemy do przekonania, że wysięk zapalny i surowica krwi są cieczami sobie bliżej pokrewnemi, niż wysięk zapalny i przesięk lub mocz, zawierający białko.

Przy badaniu wpływów surowic odczynowych na ślinę ludzką okazało się, że tylko prawidłowa surowica królika (użyta do kontroli) niezdolna jest wywoływać w niej precypitatów. Trzy inne kategorye surowic, otrzymanych z królików, szczepionych podskórnie surowicą ludzką, przesiękiem i moczem białkowym wywołują męty; największe przytem precypitujące działanie wykazała surowica królików, szczepionych przesiękiem.

Wynika ztąd, że jeżelibyśmy i tu chcieli ciecze, zastrzykiwane królikom, ugrupować na zasadzie podobieństwa do śliny ze składu substancyj, ulegających precypitacyi za pomocą naszych odczynowych surowic w jeden szereg stopniowy, to na pierwszem miejscu musielibyśmy postawić przesięk, dalej surowicę krwi, a na końcu dopiero mocz białkowy.

Co się tyczy doświadczeń z płynem przesiękowym z osierdzia i cieczy komór mózgowych, to z powodu niewielkiej ilości badanego materyału otrzymanych wyników uogólniać nie czuję się w prawie. Przekonać się jednak mogłem, że w obu tych cieczach surowica królików kategoryi *Tr.* wywoływała najwyraźniejsze zmętnienia.

Dalsze doświadczenia moje tyczyły się sprawy hemolizyn; a mianowicie interesowało mnie pytanie, czy surowica królików, szczepionych surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem, moczem białkowym, wreszcie odwłóknioną krwią ludzką, będzie posiadała własności hemolityczne w stosunku do czerwonych krążków krwi człowieka i zwierząt (małpy, konia, kozy i psa).

Badania moje przeprowadzałem sposobem, stosowanym w pracowni prof. Łukjanowa.

W celu otrzymania czerwonych ciałek, centryfugowałem krew odwłóknioną. Po oddzieleniu surowicy przemywałem osad czerwonych ciałek krwi kilkakrotnie fizyologicznym 0,85% roztworem soli kuchennej. W ten sposób przemyte ciałka czerwone krwi rozprowadzałem taką ilością wyżej wymienionego roztworu NaCl, ażeby otrzymać 5% ich zawiesinę. Do 1 sz. ctm. tej zawiesiny dodawałem albo surowicy normalnej krwi królika (w celach kontroli), albo surowicy krwi królików, szczepionych surowicą krwi ludzkiej, przesiękiem, moczem białkowym i krwią ludzką odwłóknioną, w ilości od 1 — 5 kropel. Próby umieszczałem następnie w termostacie na 2 godziny przy cieplocie 37,5° C. Po upływie tego czasu obserwowałem, o ile nastąpiło rozpuszczenie czerwonych ciałek w krwi. Wyniki notowałem na tablicach w sposób następujący: + oznacza wyraźny objaw hemolizy, ⊕ ślady tylko, — brak zupełny hemolitycznego działania, agl. oznacza aglutynacyę. Wyniki tych doświadczeń przedstawia Tablica IV., w której podane są własności hemolityczne badanych surowic królika w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka, małpy, konia, kozy i psa.

Z badań tych wynika, że:

Tablica IV.

Do 1 sz. ctm. zawiesiny czer. ciałek odnow. surowic kropli	Czerw. ciałka krwi człowieka					Czerw. ciałka krwi małpy					Czerw. ciałka krwi konia					Czerw. ciałka krwi kozy					Czerw. ciałka krwi psa				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
N	⊕	⊕	⊕	⊕	+	—	—	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—
S. H.	—	+	+	+	+	—	—	+	+	+	—	+	+	+	+	—	+	+	+	+	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
Hm.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	agl.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tr.	—	—	—	—	—	⊕	⊕	⊕	⊕	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—
U.	⊕	⊕	⊕	+	+	⊕	⊕	⊕	⊕	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1) Normalna surowica krwi królika posiadała, wprawdzie w słabym stopniu, własności hemolityczne w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka; w większym stopniu na czerwone ciałka krwi małpy, w jeszcze większym na czerwone ciałka krwi konia i kozy, gdy tymczasem względem erytrocytów psa własności hemolitycznych nie okazała.

2) Najwyraźniejsza hemoliza wystąpiła przy zetknięciu

się czerwonych ciałek człowieka z surowicą królików, szczepionych surowicą ludzką, aczkolwiek po dodaniu 5 kropel surowicy do 1 ctm. sz. zawiesiny 3%-owej ciałek czerwonych całkowite ich rozpuszczenie nie nastąpiło. Ciałka krwi małpy, konia i kozy pod wpływem tej samej surowicy zachowywały się tak, jak i pod wpływem normalnej surowicy; wyjątek stanowiły ciałka krwi psa, które uległy hemolizie w nadzwyczaj słabym stopniu.

3) Surowica krwi królików, szczepionych przesiękiem, nie okazała wpływu hemolitycznego ani na czerwone ciałka krwi człowieka, ani na takież ciałka psa, a w stosunku do innych zwierząt zachowywała się, jak normalna surowica królika. Ztąd też swoistego działania przypisać tej surowicy nie można.

4) Surowica krwi królików, szczepionych moczem białkowym, okazała silniejszy wpływ hemolityczny na wszystkie gatunki czerwonych ciałek krwi z wyjątkiem czerwonych ciałek krwi małpy, aniżeli normalna surowica. Ztąd możnaby wnosić, że zastrzykiwanie moczu białkowego nie pozostaje bez wpływu na fizyologiczne własności hemolityczne krwi królika i działa w znaczeniu czynnika zwiększającego tę własność.

5) Surowica królików, szczepionych odwłóknioną krwią ludzką, nie rozpuszczała zupełnie ani czerwonych ciałek krwi człowieka, ani zwierząt badanych; posiadała natomiast w znacznym stopniu własności aglutynacyjne w stosunku do czerwonych ciałek krwi człowieka, małpy i konia.

Na mocy li tylko przytoczonych doświadczeń wyjaśnić nie mogłem przyczyny tego zjawiska. Być może, iż wskutek niedostatecznej ilości szczepień, lub krótkiego ich czasu (2 tygodnie), swoiste hemolityczne substancye wytworzyć się jeszcze nie zdołały, albo że brakowało w samej surowicy aleksyny.

Natomiast normalna surowica królika, odznaczająca się niewielką własnością hemolityczną względem czerwonych ciałek krwi ludzkiej, pod wpływem tych szczepień traciła tę własność zupełnie, nabierała zaś wybitnej własności aglutynującej, i to, o ile się zdaje, nie swoistej, gdyż surowica ta aglutynowała nietylko ludzkie ciałka czerwone, ale też i ciałka innych zwierząt, jak np. małpy i konia. (Dok. n.).

II. Metody wydobywania ciał obcych z tchawicy, oskrzeli i z ich gałęzi.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

(Dokończenie).

Metoda własna tracheoskopii oddała mi tu prawdziwe usługi i ułatwiła znacznie postępowanie nawet tam, gdzie ciała obcego już dojrzeć nie mogłem, tj. gdy ono się znajdowało w dolnej gałęzi oskrzela prawego; pozwoliła mi ona widzieć nawet kaniulę uwięzłą w oskrzelu lewem. Znaczenie tracheoskopii jest wobec ciał obcych tem większe, że wpadają one do oskrzeli przeważnie po stronie prawej, a znacznie rzadziej dostają się na stronę lewą U mnie dotychczas na dwa ciała w samej tchawicy, 7 w oskrzelu prawem, a 3 w jego gałęzi dolnej, znalazło się jedno tylko w oskrzelu lewem; jeżeli jednak do tych przypadków doliczę i te, w których mogłem stwierdzić ciało obce, ale nie miałem sposobności go wydobywać, to wypadnie dodać dwa w oskrzelu prawem, 2 w gałęzi prawego, a 1 w gałęzi lewego tak, że razem przypada dwa ciała w tchawicy, 14 po prawej, dwa po lewej i to 10 razy w oskrzelu głównem, 6 razy w jego gałęzi. Że jednak tracheoskopia nie jest zupełnie wystarczającą, sam uznać muszę: wyjmowanie ciał obcych na ślepo z lewego oskrzela, lub z gałęzi oskrzelowych, może być łatwo przy ciałach ostrych połączone ze zranieniem, które czasem stać się może i niebezpiecznem. W moich przypadkach zajść to mogło przy strzałce tkwiącej w dolnej gałęzi prawego oskrzela, albo przy szpilce podwójnej, zwłaszcza, gdyby nie w prawem, lecz w lewem oskrzelu była utknęła; przytem we wszystkich trzech przypadkach ekstrakcyi z dolnej gałęzi ciało obce wymykało mi się kilka razy ze szczypczyków. To też z radością witam nową metodę **Killiana**, która nam umożliwia dziś oglądanie gałęzi oskrzeli po obu stronach, a nawet początków odchodzących od nich gałązek oskrzelowych, i to nietylko po tracheotomii, lecz także na drodze naturalnej, tj. przez nienaruszoną krtań i tchawicę. Łatwo pojąć, że badanie tego rodzaju jedynie po znieczuleniu kokainowem jest możebnem; kokainie też zawdzięczamy cały rozwój naszego badania w najnowszych czasach. Początek dał do tego **Kirstein**, który w roku 1895 próbował badania krtani wprost (autoskopia) zapomocą prostych rurek wydłużonych na końcu w rynienkę, którą się nagłośnię odchylało. Metoda ta nie rozszerzyła się, gdyż kokainowanie krtani do każdego badania konieczne nie mogło zachęcać do częstszego jej używania; potrzeby zaś patrzenia wprost nawet przy operacyi nie odczuwał chyba żaden wprawny laryngolog. Zawsze jednak metoda ta stanowiła nowy nabytek rozpoznawczy, który czasem mógł się przydać. Później sam **Kirstein** zmodyfikował swoją metodę w ten sposób, że obecnie zapomocą odpowiedniej szpatułki ugniata korzeń języka ku przodowi, a przez to odchyla i nagłośnię, zdobywając dla wzroku (choć niezawsze) drogę do krtani. Tu wspomnieć muszę, że jeszcze przed laty próbował **Vőltolini** w ten sposób zaglądać do krtani, choć mu się to częściowo tylko udawało. W roku 1897 **Killian** w jednym przypadku ciała obcego skombinował autoskopię **Kirsteina** w jej formie pierwotnej z moją tracheoskopią w ten sposób, że wprowadził po zakokainowaniu krtani ezofagoskop **Mikulicza** przez szparę głośni do tchawicy i pod kontrolą wzroku wyjął odłamek kości z prawego oskrzela. W ten sposób stworzył nową metodę badania tchawicy, którą nazwał tracheoskopią górną w odróżnieniu od mojej, jako dolnej. W badaniach na tej drodze miał **Killian** wielkie ułatwienie z użycia elektroskopu **Kaspera**, lub lampki czołowej **Kirsteina**, w których z lampki żarowej pada światło przez soczewkę na zwierciadełko płaskie z otworem dla oka, a ztąd odbite promienie równoległe pozwalają na silne oświetlenie nawet w znacznej odległości i przez wązką rurkę. To też **Killian** używa dziś do górnej tracheoskopii rurek od 10 do 20 ctm. długich, a od 5 do 11 mm. szerokich zależnie od wieku chorego, stosuje bowiem tracheoskopię górną nawet u małych dzieci w uśpieniu chloroformowem. Nie zadowolnił się on jednak samą tracheoskopią, ale w odpowiednich przypadkach posunął się dalej, wprowadzając rurki do oskrzeli, a nawet do ich gałęzi, bądźto przez krtań (bronchoskopia

górna), bądź też przez przetokę tchawiczą (bronchoskopia dolna). Rurki te odpowiednio temu celowi muszą być węższe i dłuższe; dla dorosłych są 7 do 9 mm. szerokie, a 30 do 35 ctm. długie. Z pomocą bronchoskopii wydobył też Killian już niejedno ciało obce z oskrzeli, nawet drugorzędnych. Nie jest jednakże bronchoskopia górna łatwą i obojętną dla chorego tak, że sam Killian obok silnego zakokainowania radzi u osób drażliwszych przedtem zastrzyknąć morfinę podskórnie, u bardziej jeszcze drażliwych, równie jak i u dzieci, wykonywać bronchoskopię górną jedynie w uśpieniu chloroformowem. Łatwiejszą o wiele jest bronchoskopia dolna. Jako przykład trudności, na które bronchoskopia górna natrafia, przytoczę przypadek, w którym chłopiec 12-letni wciągnął przed miesiącem ołowianą plombę do dolnej gałęzi prawego oskrzela, co dotąd żadnych następstw za sobą nie pociągnęło. Chciałem wykonać u niego tracheotomię i wyjąć przy mojej tracheoskopii ciało obce, co pewnie odrazu bez truduby się udało. Zawieziono jednak chłopca do Wiednia, a tam Herman Schrötter wydobył plombę bez tracheotomii przy pomocy górnej bronchoskopii. Zanim jednak doszedł do celu, sześć razy bronchoskopię powtarzać musiał, a po każdej następował dłuższy odpoczynek tak, że dopiero po miesiącu udało mu się ciało obce ujrzeć i wydobyć. A jednak H. Schrötter pisze, że każdemu życzy mieć tak chętnego i poddającego się chorego, jakim był ów chłopiec; a ja dodam, że w jego wieku wszelkie zabiegi tego rodzaju były z powodu giętkości kręgosłupa łatwiejsze, niżby były u dorosłego. Jeżeli więc witam bronchoskopię, jako nowy ważny nabytek rozpoznawczy, to jednak przestrzedz muszę przed jej nadużywaniem. Słusznie można ją nazwać bezkrwawą operacyą rozpoznawczą; a jako taka powinna ona mieć ścisłe wskazania. Przy wydobywaniu ciał ostrych, któremi łatwo skaleczyć można, bronchoskopia może oddać istotne usługi, w przeważnej jednak liczbie przypadków można i bez niej dojść do celu; nie należy zatem koniecznie silić się na nią, a przez to zwlekać i narażać chorego na zapalenie płuc, które przy ciele obcem w oskrzelu łatwo występuje, a w końcu prowadzić może do ciężkich następstw (*bronchitis purulenta, bronchiectasia, abscessus, gangraena pulmonum*). Lepiej wykonać choremu tracheotomię, która przecież nie jest operacyą ciężką, albo próbować wydobycia ciała obcego na drodze górnej tracheoskopii, która, choć nie pozwoli dojrzeć go w oskrzelu, przecież po większej części wystarczy do wyjęcia go. Że tak jest, poucza następujący przypadek, który mi się przed kilku tygodniami wydarzył. U chorej z gruźlicą krtani rozpoczął asystent mój Dr. Nowotny wyskrobanie nacieków skrobaczką Herynga, przyczem u narzędzia, które musiało przy oczyszczaniu już zostać nadłamane, odłamał się koniec blizko pięć ctm. długi i wpadł do dróg oddechowych. Chora zakokainowana nie zakaszlała nawet; przyszedłszy zaraz po tem wydarzeniu, znalazłem ją spokojnie siedzącą. Auskultacya nie dawała też żadnych wskazówek co do obecności ciała obcego w drogach oddechowych i dopiero przy badaniu zapomocą promieni Röntgena spostrzegliśmy po prawej stronie mostka i w pewnem od niego oddaleniu poniżej trzeciego żebra ostry wązki cień przebiegający skośnie na dół i na zewnątrz, odpowiadający brakującemu końcowi narzędzia. Nie ulegało wątpliwości, że odłamany kawałek utknął w prawem oskrzelu i oparł się dolnym końcem o jego podział. Zakokainowawszy chorą powtórnie, założyłem jej przez krtań tracheoskop 20 ctm. długi, a następnie w leżącej pozycyi wprowadziłem szczypczyki oskrzelowe Killiana 30 ctm. długie do prawego oskrzela i zaraz uchwyciłem niemi, choć na ślepo, za ciało twarde, które jednak przy wydobyciu opór mi stawiało. Domyślając się po kilku próbach, że jest oparte o ścianę oskrzela, uchwyciłem je ponownie lekko i obróciłem szczypczyki o 90°, a następnie zacisnąwszy je silniej, wydobyłem z łatwością odłamany koniec narzędzia. Działałem tu na ślepo, przez długą rurkę bowiem widziałem tylko klin podziałowy tchawicy, nie mogłem jednak przy użyciu zwykłego reflektora wglądnąć w prawe oskrzele, a zatem i zobaczyć ciała obcego; byłem jednak spokojny, że przy ostrożnem postępowaniu nie mogę niem chorej skaleczyć. W podobnych też przypadkach uważam za stosowne raczej wyjmować ciała obce na drodze górnej tracheoskopii, niż zwlekać z ich wyjęciem, siląc się koniecznie na przeprowadzenie bronchoskopii, choćby ona na znaczne trudności napotykała. Natomiast w przypadkach, gdzie ostre ciało obce mogłoby przy wydobywaniu łatwo sprowadzić zranienie, równie jak i w przypadkach, w których istnieje uzasadnione podejrzenie obecności ciała obcego w dolnych drogach oddechowych, niema jednak pewności, bronchoskopia górna oddać może istotne usługi i tu jest ściśle wskazaną. O wiele łatwiej przeprowadzić można bronchoskopię dolną u chorych, którzy już przedtem przebyli tracheotomię, albo też u których z powodu trudności w przeprowadzeniu bronchoskopii lub nawet tracheoskopii górnej, tracheotomia okazała się konieczną. Że i tu może ona być bardzo przydatną, lecz w wielu razach nie jest koniecznie potrzebną, łatwo już ocenić z podanej powyżej mojej kazuistyki. Wogóle co do ciał obcych w drogach oddechowych i metod ich wydobywania nie można stawiać szablonowych reguł; tu trzeba wybierać metodę odpowiednią nietylko według rodzaju i siedziby ciała obcego, ale także według natury i stanu chorego. W jednym przypadku należy próbować wydobycia ciała obcego na drodze bronchoskopii, w innym tracheoskopii górnej, a w innym wprzód wykonać należy tracheotomię, by następnie wydobyć ciało obce przy pomocy bronchoskopii, lub tracheoskopii dolnej. Pamiętać tylko należy, że o ile czasem wydobycie ciała obcego pod ścisłą kontrolą wzroku jest bardzo pożądanem, o tyle w innych razach może być dokonanem łatwo i na ślepo, a również, że bronchoskop jest znacznie węższy od tracheoskopu, co stanowi też pewne utrudnienie. Zawsze zadaniem lekarza jest wydobyć ciało obce możliwie najprędzej i na drodze dla chorego najłatwiejszej i najbezpieczniejszej. Przy sposobności tej wspomnieć chcę jeszcze o górnej tracheoskopii i dolnej bronchoskopii w tej modyfikacyi, w jakiej ja ich dotąd używam i w jakiej pierwszą z nich zastosowałem w ostatnim z moich przypadków do wydobycia ciała obcego. Posługując się dotąd reflektorem, a nie lampką czołową Kirsteina, kazałem sobie porobić do bronchoskopii dolnej rurki długie, na 15 ctm., a do tracheoskopii górnej na 20 ctm., a odpowiadające szerokości kaniul tchawiczych Nr. 3, 4, 5 (według skali używanej przez Reinera). Pierwszych używałem dotąd wyjątkowo, tj. w zwężeniach oskrzeli, drugich nieco częściej w zwężeniach tchawicy, obok niezwężonej, przynajmniej znacznie, krtani. Nie miałem dotąd przypadku, w którymby mi pierwsze oddały istotną przysługę;

zwężenia bowiem oskrzeli są rzadkie; natomiast ostatnie służyły mi już niejednokrotnie tak do celów rozpoznawczych, jak i terapeutycznych. I tak, w najczęstszych u mnie (z pominięciem ugnieceń przez wola) zwężeniach tchawicy w twardzieli mogłem nieraz zapomocą tracheoskopii górnej dokładnie zbadać tchawicę, a zarazem samą rurką tracheoskopijną zeskrobać miękką ziarninę z jej ścian, albo też usuwać ją pod kontrolą wzroku ostrą łyżeczką, lub szczypczykami, z tchawicy bez tracheotomii. Tak więc rurki te służą mi nietylko w celach rozpoznawczych, ale także do zabiegów operacyjnych, a nawet wprost do rozszerzania i kilka już razy udało mi się usunąć przez kilkakrotne użycie tych rurek zwężenie tchawicy w twardzieli. Jeżeli jednak postępowanie takie dotąd mi wystarczało, to nie myślę się przecież na nie ograniczać, lecz w przypadkach, w których będę widział istotną potrzebę, nie omieszkam posługiwać się bronchoskopią górną, czy dolną, równie jak i lampką czołową Kirsteina. Będąc podczas Zielonych Świątek w Heidelbergu na Zjeździe południowo-niemieckich laryngologów, zrobiłem umyślnie wycieczkę do Freiburga, by naocznie u Killiana przekonać się o wartości bronchoskopii. Dokładność, z jaką przy lampce czołowej Kirsteina oskrzela i ich gałęzie oglądać można, przeszła moje oczekiwania. Widziałem odchodzące od nich gałązki trzeciorzędne, których otwory rozszerzały się przy wdechu, a zwężały przy wydechu bardzo wybitnie, choć przy zupełnie lekkiem oddychaniu. Podnoszę tę okoliczność, bo stwierdza ona stanowczo to, co dotąd *a priori* tylko stwierdzić było można i tłómaczy nam, dla czego przy chorobowem zwężeniu tych gałązek oskrzelowych wydech zazwyczaj znacznie więcej bywa utrudniony niż wdech; jako przykłady przytoczyć mogę dychawicę (astmę) i dławiec oskrzeli. W Wiedniu następnie miałem sposobność oglądać u Schröttera przypadek zwężenia obu oskrzeli, w którym jedynie bronchoskopia pozwalała poznać istotę cierpienia. To też zaprowadzam obecnie bronchoskopię u siebie, a jeżeli nie zamierzam stosować jej często, gdyż, jak podniosłem powyżej, wymagam do tego ścisłego wskazania, to jednak zastosuję ją stanowczo tam, gdzie to wskazanie znajdę. Częściej prawdopodobnie stosować będę bronchoskopię dolną, jako łatwiejszą i nie męczącą tyle chorego, a mając przeważnie chorych, u których zachodzi potrzeba tracheotomii, albo już zaszła, będę miał do tego dosyć sposobności.

III. **Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kierunkiem Prof. O. Bujwida.**

O najnowszych zdobyczach bakteryologii w sprawie duru brzusznego.

Streszczenie zbiorowe.

Podał
Dr. Filip Eisenberg,
asystent zakładu.

(Dokończenie).

Przedstawiwszy pokrótce kliniczną formę nowej choroby, postaram się zwięźle scharakteryzować bakteryologicznie wywołujące ją drobnoustroje. Należą one do grupy bakteryj durowych i okrężnicowych, to też następująca tablica, zestawiająca ich własności, najlepiej uzmysłowi ich naturę. Jak wynika z dotychczasowych badań, zakażenia

	Bact. typhi	Bact. paratyphi *a*	Bact. paratyphi *b*	Bact. enteritidis
Ruchliwość	żywa	bardzo żywa	bardzo żywa	dość żywa
Kolonie na żelatynie	typowe	typowe	jak bact. coli	jak bact. coli
Kolonie na żel. Piórkowskiego	typowe	jak bact. coli	jak bact. coli	jak bact. coli
Hodowla bulionowa	typowa	typowa	typowa	z powłoczką powierzchowną
Odczyn indolowy	ujemny	ujemny	ujemny	ujemny
Wzrost na ziemniaku	przejrzysty	przejrzysty	jak bact. coli	przejrzysty lub jak coli
Mleko	bez zmian	bez zmian	przeźroczyście	przeźroczyście
Cukier gronowy	nie zmienia	wytwarza gaz	wytwarza gaz	wytwarza gaz
Indygosiarkan sodowy	bez zmian	redukcya	redukcya	
Agar Rothbergera	bez zmian	redukcya	redukcya	redukcya
Serwatka Petruschkyego	kwas	kwas	kwas potem alkali	bez zmian
Agar Drigalski-Conradiego	kolonie niebieskie, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, przejrzyste	kolonie niebieskie większe, mniej przejrzyste

rzekomodurowe mają za przyczynę dwa odrębne, choć blizko pokrewne rodzaje bakteryi, oznaczane jako rzekomodurowe typu *a* i *b*. Podobnie, jak bakterye durowe są to bakterye krótkie, czasem biegunowo się barwiące, nie barwiące się metodą Grama, dokoła orzęsione, nie tworzące indolu w pożywkach peptonowych, nie ścinające mleka. Oba szczepy różnią się od bakteryj durowych żywszą ruchliwością, zdolnością rozszczepiania cukru gronowego, przyczem wytwarzają gaz; dalej zdolnością redukcyi barwików, jak n. p. indygosiarkanu sodowego, lub czerwieni neutralnej Ehrlicha w agarze Rothbergera, która przechodzi w kolor żółty i okazuje fluorescencyę; dalej oba szczepy na żelatynie Piórkowskiego nie tworzą charakterystycznych dla bakteryj durowych nitkowatych wypustek, lecz kolonie okrągłe ściśle odgraniczone. Pomiędzy sobą oba szczepy różnią się tem, że typ *a* na agarze, płytkach żelatynowych i ziemniaku rośnie delikatnie, jak prątek Ehrlicha, typ *b* okazuje wzrost zbliżony do *bacterium coli,* a zatem grube nieprzejrzyste pokłady; dalej typ *a* w serwatce Petruschkyego wytwarza kwas podobnie, jak bakterye durowe, typ *b* tylko z początku wytwarza kwas, potem odczyn zwolna przechodzi w wybitnie alkaliczny; wreszcie typ *a* nie zmienia mleka, pod wpływem szczepu *b* mleko po pewnym czasie przeźroczyścieje, przyjmując odczyn zasadowy. Jak widzimy z tego rozbioru bakterye rzekomo-durowe stoją co do swych własności morfologicznych i biochemicznych w pośrodku między durowemi, a okrężnicowemi; typy takie znano już dawniej, nazywano ogólnie rzekomo-okrężnicowymi paracoli); sądzę jednak wbrew zdaniu Schmidta, że nazwa „rzekomo-durowych" dla naszych bakteryj jest najodpowiedniejsza, ponieważ wskazuje na powinowactwo zakażeń przez nie wywołanych. Co się tyczy własności biologicznych, to szczepy nasze bardzo wybitnie ulegają aglutynacyi pod działaniem surowicy chorych nimi zakażonych, lub zwierząt przeciw nim uodpornionych. Działanie to jest dość ściśle swoiste: przy zakażeniach szczepem *a* surowica działa swoiście tylko na ten szczep, nie działa na *b*, ani na bakterye

durowe i naodwrót. Bakterye rzekomo-durowe są równie, jak durowe, szeroko rozsiane po zakażonym ustroju: wyhodowano je ze krwi, z różyczki, ze stolca, z moczu w dwóch przypadkach bakteryomoczu, wreszcie ze śluzu pochwy i macicy. Metody hodowania z natury rzeczy są tu tesame, co w durze prawdziwym; dalsze badania wykażą, czy występowanie ich w pewnych sokach, lub wydalinach jest równie stałe, jak bakteryj durowych. Surowica chorych, dotkniętych zakażeniem, aglutynuje w swoisty sposób i to na ogół bardzo silnie; wartości $^1/_{1000}$—$^1/_{10\cdot000}$, rzadkie przy durze, tutaj spotykamy wcale często; a Stern opisał przypadek, w którym aglutynacya dochodziła $^1/_{40\cdot000}$. Tutaj będzie chyba miejsce zastanowić się nad znaczeniem, jakie te fakty mają dla oceny serodyagnostyki duru. Z jednej strony pokazują one, że część ujemnych odczynów przy próbie Widala bezwątpienia należy odnieść do zakażeń rzekomodurowych, to też na przyszłość do ścisłej analizy bakteryologicznej niejasnych zakażeń trzeba będzie wobec ujemnego odczynu Widala spróbować serodyagnostyki wobec obu szczepów rzekomo-durowych. Ale nie na tem koniec: doświadczenia serodyagnostyczne, zebrane w przypadkach duru rzekomego, ograniczają też w wysokim stopniu znaczenie rozpoznawcze dodatniego wyniku próby Widala. Stwierdzono mianowicie, że surowica chorych rzekomo-durowych, aglutynująca swoisty szczep w rozcieńczeniach $^1/_{500}$—$^1/_{40\cdot000}$, równocześnie aglutynuje bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{50}$—$^1/_{320}$. Fakt ten bynajmniej nie jest jednak odosobniony: wiadomo, że surowica chorych durowych aglutynuje silniej różne szczepy okrężnicowe, niż surowica prawidłowa. Opisano dalej we Francyi chorobę papug, przenoszącą się w rzadkich przypadkach na ludzi, t. zw. *psittacosis*, wywoływaną przez bakteryę z grupy durowych i okrężnicowych, t. zw. *bac. psttacosis* Nocard; otóż surowica tych chorych, aglutynuje bakterye durowe dość silnie, a naodwrót surowica chorych durowych aglutynuje bakterye zarazy papuziej. Dalej wykazano, że surowica chorych, dotkniętych zatruciem mięsnem, wywołanem przez *bac. enteritidis* Gaertner, aglutynuje bakterye durowe w rozcieńczeniach $^1/_{70}$ do $^1/_{200}$, a zatem równie silnie, jak swoiste bakterye tego zakażenia. Podobne fakty znane są co do swoistych surowic ochronnych, uzyskanych ze zwierząt uodpornionych przeciw wspomnianym bakteryom. Zgodnie z obecnym stanem naszych wiadomości tłómaczymy te odczyny jako odczyny grupowe, będące wyrazem powinowactwa odnośnych bakteryj; możemy sobie wyobrazić, że skład biochemiczny danego szczepu bakteryi nie przedstawia się jednolicie, lecz jako zbiór pewnych części składowych w różnych stosunkach. Bakterye pokrewne mają oczywiście pewne części składowe wspólne; im pokrewieństwo bliższe, tem ich więcej. Tak np. wyobraźmy sobie skład bakteryj durowych symbolem: 50 A + 30 B + 15 C + 5 D, rzekomo-durowych: 30 A + 50 B + 15 C + 5 D, *b. enteritidis* 15 A + 30 B + 50 C + 5 D, *b. coli* 5 A + 15 B + 30 C + 50 D. Surowica swoista przeciwdurowa będzie zawierała aglutyniny dla każdej składowej części w odpowiednim stosunku, a z natury rzeczy będzie też aglutynowała bakterye pokrewne w miarę zbliżonego składu biochemicznego, oczywiście słabiej, niż bakterye swoiste. Tę aglutynacyę nieswoistą, będącą wyrazem powinowactwa danych szczepów, nazywamy spółaglutynacyą (*Mitagglutination*), lub według Pfaundlera aglutynacyą grupową (*Gruppenagglutination*). Zrozumiemy łatwo, że stosunki te mają wielkie znaczenie dla oceny serodyagnostyki duru; możemy otrzymać dodatni wynik próby Widala w przypadku, nie będącym wcale durem, co więcej w przypadku klinicznie zupełnie dur przypominającym. Zarówno dur rzekomy, jak zatrucie mięsne, wywołane przez *b. enteritidis* Gaertner, jak choroba papuzia, mogą niczem się nie różnić od prawdziwego duru; dodatni wynik próby może rozpoznanie nasze na fałszywe sprowadzić tory. Jakież tedy będzie nasze stanowisko wobec próby Widala? W każdym razie dalekimi będziemy od przeceniania jej znaczenia, od przypisywania jej roli rozstrzygającej w rozpoznaniu Aglutynacya jest tylko jednym z objawów duru, z objawów co prawda swoistych, ale z natury swej nader zawiłych, i tylko dokładna analiza tego zjawiska uprawnia do wyciągania zeń jakichkolwiek wniosków. Brak jego nie wyklucza rozpoznania duru, obecność niekoniecznie dowodzi istnienia tej choroby. Oczywiście kliniczne i praktyczne znaczenie próby na tem bardzo musi ucierpieć; co najwyżej dodatni wynik z zastrzeżeniami wyżej wspomnianemi można uznać za dowód, że mamy do czynienia z zakażeniem z grupy duru; szczegółowe rozpoznanie możliwe będzie zawsze tylko przez wykazanie swoistych zarazków, lub też przez odczyn surowicy, dokonany we wszystkich ważniejszych przedstawicielach grupy durowo-okrężnicowej, przyczem szczep najsilniej aglutynowany uznamy za sprawcę zakażenia.

Co się tyczy częstości zakażeń rzekomo-durowych, trudno na razie coś stanowczego orzec; rozpoznanie tych przypadków możliwe jest tylko na podstawie ścisłych badań bakteryologicznych; to też z pewnością wiele przypadków, jak dawniej, tak i teraz uchodzi za dur prawdziwy. Nadto do porównania częstości możemy z drugiej strony opierać się również tylko na ściśle rozpoznanych przypadkach duru. Dotąd posiadamy tylko dwie niezbyt wielkie statystyki, odpowiadające tym wymaganiom: Schottmüller na 68 przypadków podejrzanych o dur znalazł pięć przypadków duru rzekomego, Ruediger na 30 badanych przypadków 2 przypadki duru rzekomego. Bądźcobądź wobec pokaźnej liczby około 100 przypadków, znajdującej się w piśmiennictwie w ostatnich trzech latach, można przypuszczać, że nie są one zbyt rzadkie. Z pomiędzy obu typów rzekomo durowych typ *b* jest znacznie bardziej rozpowszechniony i tylko nieliczne przypadki, opisane przez Schottmüllera, Briona, Kaysera i kilku innych, mają za przyczynę bakterye typu *a*.

Wobec wielkiej różnorodności biologicznej licznych bakteryj, przynależnych do grupy durowo-okrężnicowej, nasuwa się pytanie, czy oprócz wyżej wymienionych i inne z nich nie są zdolne wywoływać obrazu duru. Niektóre badania bakteryologiczne za tem zdają się przemawiać. Wiadomo zdawna, że niektóre z epidemii zatruć mięsnych przebiegają wśród typowych objawów durowych, podczas gdy inne bardziej się zbliżają do obrazu cholery. Podobieństwo do duru w niektórych epidemiach było tak wielkie, że poważni klinicyści sprzeczali się co do przynależności przypadków. Głośna przed laty 25 epidemia w Kloten, wywołana przez spożycie mięsa chorego cielęcia, składała się z przeszło 600 przypadków typu durowego, z wysoką gorączkę, obrzękiem śledziony i obfitą wysypkę pod koniec pierwszego tygodnia; łagodny przebieg i obfita wysypka zbli-

żają je do opisanych wyżej przypadków duru rzekomego. W dwóch przypadkach sekcyjnych zmiany anatomiczne w jelitach odpowiadały zupełnie durowi. Podobnie przedstawiają się epidemie w Andelfingen i Wüzenlos. Jakie bakterye te epidemie wywołały, nie wiemy; wnosząc z całego długiego szeregu innych epidemij, jest to albo *b. enderitidis* Gärtner, albo który z jego pokrewnych, albo też, za czemby obraz kliniczny przemawiał, któryś ze szczepów rzekomo durowych. W każdym razie na szczegół ten będzie należało zwrócić baczną uwagę pod względem higienicznym, o ile że epidemie takie wybuchają nagle, dotykają wielu osób, a szerzą się także i bezpośrednio z chorych na ich otoczenie. Znamy jednak z piśmiennictwa przypadki o typie durowym, bakteryologicznie ściśle zbadane, a wywołane przez bakterye z obchodzącej nas grupy. Craig i White opisują przypadek klinicznie zupełnie zbliżony do duru, a zakończony zejściem śmiertelnem w 16-tym dniu choroby; sekcya wykazała silny obrzęk śledziony, ogólne zapalne zaczerwienienie błony śluzowej jelita cienkiego z odosobnionemi tylko wyspami prawidłowemi, brak zajęcia przyrządu chłonnego. Ze śledziony wyhodowali ci autorowie *b. enteritidis* Gaertnera, a zatem bakterye, znajdowane zwykle przy zatruciach mięsnych. Gwyn w przypadku swym wyhodował ze krwi bakterye, do durowych podobne, żywo ruchliwe, nie ścinające mleka, nie tworzące indolu, ale fermentujące cukier gronowy, lewulozę, mannit, nie zmieniające cukru mlecznego, na serwatce Petruschkyego tworzące kwas, podobnie, jak durowe; surowica tego chorego aglutynowała te bakterye w rozcieńczeniu $1/_{200}$, była nieczynna wobec bakteryj durowych. Dalej w kilku innych przypadkach z ognisk powikłań podurowych wyhodowano bakterye odmienne od durowych, wobec czego jest możliwem, że i sama poprzednia choroba nie była durem. Petruschky w przypadku typu durowego z 6 plam uzyskał czyste hodowle *b. faecalis alcaligenes*, jednego z najbliższych pokrewnych bakteryj durowych. Burdach w przypadku podobnym wyhodował ze krwi i stolca bakterye, tworzące zasadę w serwatce Petruschkyego i fermentujące cukier gronowy.

Odrębne zupełnie stanowisko zajmuje przypadek, opisany niedawno z kliniki Neussera przez Schmidta: u pacyenta, dotkniętego kamicą żółciową, nagle występują dreszcze z wysoką gorączką; tor gorączki, dosięgającej 42° C. przerywany, wybitnie posoczniczy; nieznaczne przypadłości podmiotowe, brak bólu głowy, zajęcie sensoryum, bolesność członków. Tętno przyspieszone, rozlany nieżyt oskrzeli z obfitą wydzieliną, potem objawy surowiczego wysięku opłucnowego. Łaknienie dobre, brak objawów żołądkowych, stolce biegunkowe durowe. Brak wysypki, znaczny obrzęk śledziony, w nerkach miąższowe krwotoczne zapalenie. We krwi zmniejszona liczba ciałek czerwonych, prawidłowe stosunki ciałek białych. Brak odczynu dyazowego w moczu. Śród tych objawów po dwumiesięcznem trwaniu choroby zejście śmiertelne. Sekcya wykazuje kamicę żółciową z następowem zapaleniem dróg żółciowych i woreczka żółciowego; rozsiane ropnie wzdłuż dróg żółciowych; na zastawce trójdzielnej świeże zapalenie z naroślami, ropiejący zator w jednej z większych gałęzi tętnicy płucnej. Rozsiane ogniska ropno-zapalne w płucach, włóknikowe zapalenie opłucnej, krwotoczne zapalenie nerek. Już za życia w moczu, wysięku opłucnowym i plwocinie, po śmierci zaś w nerkach, wysięku opłucnowym, płucach, treści woreczka żółciowego i naroślach zastawkowych wykazano bakterye, morfologicznie i biologicznie nie różniące się niczem od durowych, tylko nie ulegające aglutynacyi pod działaniem surowicy chorych durowych, względnie zwierząt uodpornionych przeciw durowi. Spostrzeżenie to nader ciekawe dowodzi według Schmidta, że bakterye blizko z durowemi spokrewnione, mogą w pewnych przypadkach wywoływać obraz chorobowy zupełnie od duru odrębny, a klinicznie i anatomicznie najbardziej przypominający zakażenie posocznicze. Od siebie chciałbym tylko dodać, że zdaniem mojem nie jest bynajmniej wykluczonem, że Schmidt miał do czynienia z prawdziwemi bakteryami durowemi; wspominałem już wyżej, że bakterye te, świeżo wyhodowane z ustroju, często są niewrażliwe na działanie aglutynin, a specyalnie w opisanym przypadku dwumiesięczne trwanie choroby dość im do takiego przystosowania dało sposobności. Rzecz oczywista, że nawet w takim razie spostrzeżenie to nie przestałoby być nader zajmującem, przedstawiając przykład całkiem odrębnej czynności patogenetycznej bakteryj durowych.

Streszczając dotychczasowe wywody, dochodzimy do wniosku, że oprócz bakteryj durowych cały szereg ich pokrewnych wywołuje u człowieka zakażenie, klinicznie bardzo zbliżone do duru prawdziwego; z lepiej znanych wskażę tu tylko na oba szczepy rzekomodurowe, *b. enteritidis* Gaertnera, *b. psittacosis* Nocarda, *b. faecalis alcaligenes* Petruschkyego. Jeżeli uwzględnimy, że mamy tu do czynienia z działaniem blizko spokrewnionych gatunków na jeden i ten sam ustrój, nie zdziwi nas, że jako wyraz tego wzajemnego oddziaływania otrzymamy obrazy chorobowe nader do siebie podobne. Można tu podobnie, jak wyżej przy aglutynacyi, mówić wprost o odczynie grupowym tych bakteryj, objawiającym się podobieństwem działania chorobotwórczego. Nie ulega wątpliwości, że zarówno klinika, jak bakteryologia w najbliższej przyszłości będą musiały jak najgorliwiej zająć się patologią i epidemiologią tych zakażeń, ze wszech miar ciekawych; zachodzi jednak pytanie, jakie praktyka ma obecnie wysnuć dla siebie wnioski z tych badań, dotąd przeważnie teoretycznych? Najważniejszym z tych wniosków jest wyłuszczony wyżej, że tylko ścisłe i dokładne badanie bakteryologiczne uprawnia do ścisłego rozpoznawania różniczkowego w tej grupie, a specyalnie, że próba Widala, dotąd uważana za rozstrzygającą, nadal tego znaczenia mieć nie może. Nie będzie można naturalnie wymagać od praktyki, żeby przy łóżku chorego w każdym podejrzanym przypadku występowała w całym rynsztunku nowoczesnej bakteryologii: obraz kliniczny, jak zresztą było i dotąd, w przeważnej części przypadków będzie rozstrzygał o rozpoznaniu. Że tu i owdzie przypadek duru rzekomego lub pokrewny będzie wzięty za dur prawdziwy, to jest prawdopodobne, ale na razie z punktu względów praktycznych niezbyt ważne. Wobec podobnej epidemiologii obu spraw, higieniczne postępowanie lekarza w obu przypadkach będzie jednakie; — wobec podobnego klinicznego przebiegu i działanie lecznicze różnić się nie będzie. W przypadkach wątpliwego rozpoznania czasem dodatni wynik próby Widala pozwoli wykluczyć inne zakażenia, jak pneumokokowe, lub gruźlicze, nie dając jednak ścisłego rozpoznania różniczkowego w grupie durowej. Jeżeli natomiast postęp nauki da nam w ręce skuteczniejsze środki walki przeciw tym za-

każeniom w postaci leczenia swoistego przyczynowego zapomocą surowic ochronnych, a spodziewam się, że czas ten może nie bardzo daleki, wtedy ścisłe rozpoznanie każdego przypadku stanie się koniecznością i obowiązkiem lekarza; przy ścisłej swoistości odczynu odporności surowica, skierowana przeciw bakteryom durowym, okaże się nieczynną wobec rzekomo-durowych itd Praktyczne rozwiązanie tej sprawy będzie leżało oczywiście w rozległej i odpowiedniej organizacyi pracowni bakteryologicznych, służących potrzebom praktyki, podobnie jak już je otworzono po wielu krajach Europy, w celu ułatwienia rozpoznawania i leczenia błonicy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc G Heermann (Kiel). **Ueber den Méniere'schen Symptomenkomplex. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Sammelforschung. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskranheiten.** T. VII. Z. 1 i 2, 1903 Carl Marhold Halle a. S.).

Jest to zasługą autora, że podjął się szeregiem starannych poszukiwań wypełnić niektóre luki w naszych wiadomościach. Niestety nie można twierdzić, ażeby te jego usiłowania w celu wyświetlenia jednego z więcej jeszcze niejasnych zagadnień otyatryi były uwieńczone pożądanym skutkiem. Ściągając wszystkie postacie chorobowe, oznaczane przez innych autorów jako choroba Méniera i jako tak zw. objawy Ménierowskie pod jedno miano „zbiór objawów Méniera“ omawia H. na podstawie materyału zbiorowego 50 ciu przypadków etyologię, symptomatologię i leczenie tego cierpienia. Na zasadzie znanych wyników sekcyjnych przychodzi on do wniosku, że u osób z objawami Méniera znachodzono zawsze zmiany w narządzie usznym albo w sąsiednich częściach ośrodkowego układu nerwowego. Temu jednak sprzeciwia się dalsze zapatrywanie autora, zaliczającego do tej samej postaci przypadki, w których objawy te wystąpiły na podstawie neurastenii, błednicy i t. p i przebiegały bez upośledzenia słuchu. Albo bowiem zbiór ten objawów jest w związku przyczynowym z narządem usznym, naówczas muszą zawsze przytem istnieć zaburzenia w czynności słuchowej, a przypadki wymienione tu nie należą, albo też ta postać chorobowa może wystąpić zupełnie niezależnie od narządu słuchowego, a wtenczas należałoby tu zaliczyć także takie przypadki, w których nekroskopia nie wykazuje żadnych zmian w uchu, ani w sąsiedniej części układu nerwowego.

Praca ta, według naszego zdania, nie zdołała wyświetlić panującego w tej sprawie dotychczas zamieszania i sprzeczności. Przeciwnie, usiłowanie autora, by chorobę Méniera i powstające przy różnych cierpieniach objawy Ménierowskie zlać w jedno, może się raczej przyczynić do tem większego zamętu. O wiele racyonalniejszem wydaje nam się zapatrywanie v. Frankl-Hochwarta, który odróżnia „objawy rzekomo Ménierowskie“, występujące na podstawie różnych innych chorób bez zaburzenia słuchu, od postaci chorobowej, występującej w zależności od zmian w obwodowym lub ośrodkowym zakresie narządu słuchowego.

Powyższe uwagi nasze nie pozbawiają jednak zasług autora, że ważną tę sprawę biegle zresztą opracował i w nowem przedstawił świetle. Symptomatologia i leczenie skreślone są krytycznie i pouczająco. Na podstawie swoich doświadczeń chininę uważa H. za lek w tej chorobie szkodliwy, który ze stanowiska otyatrycznego radzi bezwzględnie usunąć. Z przetworów bromowych nie uważał skutków dodatnich. Sulfonal działał w 3 przypadkach cudownie na dokuczliwe podmiotowe wrażenia słuchowe; tabliczki tyroidyny dały dobre wyniki w 2 przypadkach z obrzmieniem gruczołu tarczykowego. Wogóle leczenie specyalne może mieć wyniki zadawalniające tylko w połączeniu z leczeniem ogólnem.

Autor kończy swoją monografię kilku trafnemi uwagami o znaczeniu choroby Méniera w sprawie ubezpieczenia od wypadków i na starość. *Spira.*

V. Wyciągi.

Strauss. **Przyczynek do kazuistyki i statystyki płodu skamieniałego** (*lithopaedion*). (*Arch. f. Gyn.* tom 68, zeszyt 3, 1903). Wieloródka uległa przed 5 laty ciąży trąbkowej. W drugim miesiącu ciąży prawdopodobnie dostało się jajo płodowe do jamy brzusznej i tu rozwijało się dalej. Od 8-go miesiąca ciąży chora nie odczuwała ruchów płodu. Wtedy również miał wystąpić krwotok, trwający prawie cztery tygodnie, przyczem odchodziły błony z macicy. Od tego czasu miesiączka występowała regularnie, mimo że brzuch zupełnie się nie zmniejszał. Nie zasięgała porady lekarza, gdyż nie miała dolegliwości. Dopiero teraz, t. j. po czterech latach, zgłosiła się z powodu dolegliwości w brzuchu, występujących od czasu do czasu. Przy operacyi wyjęto po oddzieleniu bardzo licznych zrostów, guz twardy, wielkości głowy dorosłego człowieka. Osłona guza prawie zupełnie zwapniała, a po jej otwarciu znaleziono płód dojrzały, wolny, 53 ctm. długi. W jaki sposób płód dostał się do jamy brzusznej, jakim sposobem w niej dalej się rozwijał i dlaczego ostatecznie obumarł, to są pytania, które autor szczegółowo omawia, obracając się jednak tylko w przypuszczeniach, dotychczas już znanych. Zejścia jaja płodowego, leżącego dłuższy czas w jamie brzusznej, są rozmaite: gnicie, połączone z ropieniem lub bez ropienia, wessanie (w pierwszych dwóch miesiącach), mumifikacya, inne zwyrodnienia i wreszcie wytworzenie się płodu skamieniałego. To ostatnie może się wytworzyć tylko z jaja zupełnie zamkniętego, w którem płód obumarł. Szukając w piśmiennictwie, znalazł autor 49 przypadków prawdziwych płodów skamieniałych z dojrzałym płodem. Nadto podaje 72 przypadków rozmaitych innych zejść jaja płodowego, zatrzymanego w jamie brzusznej. Czas pozostawania tych guzów skamieniałych w brzuchu wahał się od lat dwóch do 56. Objawy są tesame, jakie zwykły występować i przy innych guzach dużych ustalonych. Zależą one zresztą od umiejscowienia guza i jego stosunku do innych narządów brzusznych. Rozpoznanie ułatwiają wywiady, pewne wyczuwanie części drobnych płodu i ostatecznie prześwietlanie promieniami Röntgena. Rokowanie co do życia jest dobre; co do wyzdrowienia gorsze, szczególnie jeżeli przyjdzie do zropienia, co może nastąpić nawet po kilkunastu latach. Zwykle stosuje się leczenie operacyjne, wytworzenie się płodu skamieniałego jest wprawdzie najlepszem zejściem późnej ciąży zamacicznej; ponieważ jednak nie można nigdy napewno przewidzieć zejścia, radzą niektórzy nie czekać dłużej nad 5—6 miesięcy po obumarciu płodu. Inni operują dopiero wtedy, gdy guz taki wywołuje objawy zagrażające życiu chorej. Wreszcie autor omawia wskazania do operacyi przy ciążach trąbkowych w ogólności.

Dr. E. Ehrenpreis.

Ephraim. **Przypadek godny uwagi martwaka nosa.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 17). Autor opisuje przypadek wielkiego martwaka kiłowego w lewym przewodzie nosowym, który po wydobyciu z nosa okazał się lewą połową trzonu kości klinowej, zawierającą podstawę wyrostka skrzydlastego i cały przewód *vidianus*. Zaburzeń wzrokowych, słuchowych, mowy, jak również żadnych innych zboczeń po usunięciu martwaka nie było. Zajmującem w tem spostrzeżeniu jest to, że mimo zupełnego zniszczenia nerwu skalistego powierzchownego większego (*n. petrosus superficialis major*) nie było śladu porażenia podniebienia miękkiego, fakt, przemawiający niedwuznacznie za zapatrywaniem Rethiego i innych, że nerwem ruchowym podniebienia nie jest nerw twarzowy, lecz nerw błędny, a zatem, że należy porzucić szemat Erba o porażeniu nerwu twarzowego. *Spira.*

Menzel (Wiedeń). **Leczenie zapadających się skrzydeł nosowych przy oddechaniu** (Nasenflügelansaugung). (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 18). W stanie prawidłowym skrzydła nosowe pozostają otwarte i nie zapadają się dzięki napięciu mięśni, stałości i stężeniu chrząstek tych skrzydeł. Jeżeli zaś czynniki te straciły swoją stałość, jeżeli chrząstki są za miękkie, mięśnie za mało rozwinięte, albo niesprawne, to skrzydła nosowe zapadając się, zaciągają przy każdym wdechu. Podobny stan powstaje w pewnych postaciach porażenia nerwu twarzowego. Wskutek przymusowego oddechania ustami przychodzi wtedy do wysychania ust i gardła, do zmian zapalnych błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych i do innych następstw niedrożności nosa, jak dychawica, migrena itp. Zastosowane dotychczas w takich przypadkach różne protezy nosowe mają wiele niedogodności. Autor użył za-

tem w dwóch takich przypadkach protezy parafinowej sposobem Gersunyego, wstrzykując mięszaninę waseliny i miękkiej parafiny do bruzdy skrzydła nosowego i to z tak dobrym skutkiem, że poleca tę metodę do szerszego zastosowania w podobnych przypadkach. *Spira.*

Schulhof. **Ostra niedrożność jelit, wywołana glistami** (ascaris lumbricoides). (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 24, 1903). Nie każde otwarcie jamy brzusznej wyjaśnia nam przyczynę niedrożności jelit. Przypadek taki spostrzegał S. Przywieziono kobietę z następującymi objawami: od dwóch dni brak stolca i wiatrów, bole brzucha, wymioty. Po bezskuteczności wlewań wysokich, przy tętnie 100, małem, otworzono jamę brzuszną i stwierdzono, że jelita są niezmienione i ulegają żywemu ruchowi robaczkowemu; można było w nich wyczuć i dojrzeć białe, lśniące wałeczki, kilkakrotnie skręcone; woreczek żółciowy silnie powiększony, przy dotknięciu twardy, również biało lśniący, przyrośnięty do prawego zgięcia okrężnicy. Zamknięto jamę brzuszną, a przy końcu szycia powłok chora poczęła wymiotować, przyczem oddała dwie glisty, a dnia następnego znowu trzy glisty. Wieczorem tego dnia był stolec, w którym znaleziono trzy glisty; od tej chwili stolec był regularny, zawierający glisty tak, że ogółem odeszło 22 glist. Przypadek więc wyjaśnił się: pokręcone biało lśniące wałeczki w jelitach były to glisty, które zatkały światło jelita, a nawet zawędrowały do woreczka żółciowego. Przez obmacywanie jelit i woreczka żółciowego podczas operacyi wywołano drażnienie glist, które następnie poczęły wywędrowywać z przewodu pokarmowego. Chora opuściła szpital zupełnie zdrowa. *B. Żmigród.*

Spluwaczki higieniczne. (Wedle opinii Najwyższej Rady zdrowia). (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 25, 1903). Najwyższa Rada zdrowia wydała opinię, jakim warunkom mają zadość czynić spluwaczki, ażeby mogły służyć swemu przeznaczeniu i mogły być uznane ze stanowiska sanitarnego za odpowiednie. W szczególności odróżnić należy spluwaczki dla chorych leżących i dla chodzących. Spluwaczki dla chorych leżących mają być lekkie i łatwo uchwytne, by osoba chora mogła je bez trudu i przy ustach przytrzymać, lecz nie powinny być zrobione z materyału łatwo łamliwego. Otwór, do którego chory wykrztusza, winien być dość szeroki, lecz tak zrobiony, by treść nie wypływała z naczynia, gdy chory trzyma je przy ustach. Naczynie takie winno się dać łatwo opróżnić i oczyścić; opróżnianie i oczyszczanie tak mają się odbywać, by ręce i reszta ciała, lub ubranie osób, mających do czynienia z tem naczyniem, względnie osób otaczających, nie zanieczyszczały się tą plwociną.

Aby uniemożliwić zakażenie plwociną podczas wypróżniania i czyszczenia spluwaczek, koniecznem jest, by spluwaczka była napełniona płynem odkażającym, lub też ma być spluwaczka wraz z plwocinami wyparzona parą wodną, lub wyjałowiona przez wyżarzenie, albo wreszcie spalona. Takie odkażenie parą wodną, lub wyżarzenie jest nader kosztowne i wymaga osobnych urządzeń. Najprostsze i nieszkodliwe usuwanie plwocin osób chorych, podejrzanych o gruźlicę, jest wylewanie plwocin do dołów kloacznych i kanałów, w których prątki gruźlicze przez rozmnażanie się tamże saprofytów szybko giną. Z tego względu zupełnie wystarcza, jeżeli treść spluwaczek razem z płynem, przeznaczonym do ich czyszczenia, będzie wlaną do dołu kloacznego i kanałów.

O wiele trudniej spełnić warunki dotyczące spluwaczek, przeznaczonych dla osób chodzących; spluwaczki takie zwykle są rozstawione w różnych miejscach tak w przestrzeniach zamkniętych, jak i wolnych. Naczynia te mają być tak umieszczone i mieć taką formę, ażeby nie były wywrotne i ażeby do nich łatwo można było wykrztuszać i jednocześnie uniknąć zanieczyszczenia zewnętrznej ich powierzchni, względnie otoczenie plwocinami. Do tych warunków należy dodać, ażeby cena spluwaczek była nizka. By wypełnić wszystkie wymagania, umieszczano pierwotnie spluwaczki nie na podłodze, lecz na pewnem podwyższeniu, następnie tak je sporządzano, że składały się z dwóch części: lejkowatego wkładu do chwytania plwocin i ze zbiornika, w którym gromadzi się plwocina, spływająca z lejka. Ta budowa wymaga, by górny otwór lejka był szeroki, by doń łatwo było spluwać, a sam kształt lejka by ułatwiał spływanie plwociny do zbiornika, lub też by przez ciągle spływającą wodę plwociny były z lejka wydalane i spływały do kanału, co możebne tylko przy istnieniu wodociągów i kanalizacyi. Jeżeli spluwaczki znajdują się w miejscach, gdzie dużo jest much, to mają posiadać nakrywę, która automatycznie ma się otwierać i zamykać w chwili użycia spluwaczki. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Doc. F. Tauszk (Budapeszt). **Chloreton, nowy lek nasenny.** (*Mag. Orv. Lap.* Nr. 1, 1903). Chloreton, stosowany często w Ameryce i Anglii (Trichlorbutylalkohol), jest ciałem białem, krystalicznem, o woni przypominającej kamforę, rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze i chloroformie, trudno w wodzie. Podaje się najlepiej w kapsułkach żelatynowych, lub w papierze woskowanym. Używa się go przedewszystkiem jako leku nasennego. Chwalą go też w dychawicy, padaczce i krztuścu. Bywa też polecany w chirurgii zamiast kokainy, dalej w zapaleniu błony śluzowej nosa, oskrzeli, bolesnej miesiączce i t. d. T. badał działanie kojące i nasenne w 22 przypadkach. Najlepiej podać w nocy na $^1/_2$—1 godz. przed ułożeniem się spać w dawkach 0·5—1·0. Ze snu budzą się chorzy wypoczęci bez wszelkich nieprzyjemnych wpływów ubocznych. T. twierdzi, iż chloreton jest pewnym, dość szybko działającym lekiem nasennym, kojącym ból. *Baschkopf.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mezotan. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Płyn żółty, oleisty, przeźroczysty, pachnący słabo aromatycznie; w wodzie mało się rozpuszcza, natomiast mięsza się z alkoholem, eterem, chloroformem i oliwą. Mezotan, stosowany miejscowo, ma działać jako środek przeciwgośćcowy; również ma działać leczniczo i uśmierzająco na bóle w gośćcu mięśniowym. Skutecznym ma być mezotan w cierpieniach pokrewnych, np. zapaleniu opłucnej; natomiast nie działa w rzeżączkowem zapaleniu stawu i w neuralgii. Stosować najlepiej w mięszaninie pół na pół z oliwą; bolesne miejsce należy kilkakrotnie lekko posmarować; zawijanie nie jest konieczne. *Dr. T. Ż.*

Helmintol. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). Tworzy bezbarwne kryształy; w wodzie rozpuszczalny do 7%. Działa podobnie jak urotropina; Rosenthal przypisuje mu jeszcze silniejsze działanie odkażające. Stosowany w rzeżączkowem zapaleniu tylnej części cewki moczowej, w nieżycie pęcherza i zapalenie gruczołu krokowego, już po kilku dniach sprowadza wyjaśnienie moczu, zmniejszenie parcia i innych dolegliwości. Stosuje się w ilości 3—4 grm. rozpuszczony w wodzie. Cena 1 grm. około 14 halerzy. *Dr. T. Ż.*

VII. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Tak uposażona szkoła, którejby żadna państwa nie dorównywała, winna była mieć i swego kuratora, który miał stanowić łącznik między samym instytutem, a najwyższemi przełożonemi władzami rządowemi; na takiego Jędrzej Śniadecki proponował Czackiego, o którego zatwierdzeniu przez cesarza wcale nie wątpił [19])

Czacki, nie godząc się na propozycye Śniadeckiego, ściągnął na siebie jego gniew tak dalece, że Śniadecki zamierzał wycofać się wogóle od wszelkiego w tej sprawie udziału. „Z ostatniego listu widzę“, pisze w uniesieniu dnia 8 maja 1804 r. z Wilna Sniadecki, „iż JWW. Pan Dobrodziey nie życzysz sobie szkoły tey na Wołyniu zakładać; w takim przypadku robienie planu jest niepotrzebne“. Wkrótce jednak ustąpił rozważnym tłómaczeniom Czackiego, a przyszedłszy sam do przekonania, że się w swoich odważnych planach zbyt daleko posunął, cofa się i przyznaje poniekąd racyę perswazyom Czackiego temi słowy: „Jeżeli to jest niepodobna, tedy wracam się do pierwszego mego projektu jako mniey kosztownego, funduy JWW. Pan Dobrodziey na Wołyniu Szkołę Lekarską w którey wszystkie Fizyczne y Matematyczne nauki iako medycynie pomocne będą umieszczone a która będzie osobną szkołą by naymniey od Uniwersytetu niezawisłą“ [20]). Zbliża się więc Śniadecki, przeszedłszy rozmaite koleje i przykrości, do projektu Czackiego i Kołłątaja, zastrzegając dla swojego jedynie zupełną niezawisłość od Uniwersytetu, co sta-

[19]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jagiel. list Jędrzeja Sniadeckiego do Czackiego bez daty.

[20]) Ibidem.

nowi jego zdaniem — rękojmię zdrowego rozwoju każdej szkoły.

Ważniejszem od względów formalnych, było pozyskanie sił nauczycielskich i środków potrzebnych do udzielania nauki. Pod tym względem istniały również różnice pomiędzy Jędrzejem Śniadeckim, a Czackim. Ten ostatni przeliczył się nieco, przypuszczając, że szkoła niższa od Uniwersytetu potrzebuje sił drugiego rzędu i że takie siły będzie mógł dostać za tanie pieniądze, a to tembardziej, że przyszła szkoła lekarska ma mieć swoją siedzibę w Krzemieńcu, „w kraiu tanim, gdzie korzec żyta ♯ 6 mieć będzie“ [21]). Ztąd to pochodzi, że w jego i Kołłątaja projekcie są wyznaczone dla nauczycieli przyszłej szkoły wynagrodzenia tak nizkie, na jakie z pewnością żaden cokolwiek tylko szanujący się uczony nie zgodziłby się. Wedle ich projektu otrzymałby nauczyciel anatomii i fizyologii rocznej pensyi 400 rubli srebrnych z funduszu gimnazyum, podobnie jak i nauczyciel chirurgii i *artis veterinariae*. Nadto mieli pierwsi dwaj otrzymywać za udzielanie lekarskiej pomocy pannom. uczęszczającym do seminaryum żeńskiego, z funduszu tegoż seminaryum roczny dodatek w kwocie 100 r. s. tak, że ich pensya wynosiłaby po 500 r. s. rocznie. Pomocnikom anatomii i chirurgii wyznaczał projekt rocznie po 200 r. s. Taką samą sumę chcieli projektodawcy przeznaczyć rocznie na „prosekcye i preparata anatomiczne“, jakoteż dla pomocnika *artis veterinariae* i szpital bydlęcy [22]).

Śniadecki, który miał zagranicą sposobność przypatrzenia się urządzeniom szpitalnym, zakładom naukowym i ich kierownictwu, był odmiennego zdania, aniżeli wizytator szkół wołyńskich i jego doradca. Wiedząc dobrze, że tak nizkie pensye i tak niedostateczne wyposażenie zakładów lekarskich, jakie proponował Czacki, nie ściągną ani odpowiednich nauczycieli, ani też uczniów, proponował kwoty, które nie stały w żadnym stosunku do tych, jakich żądał Czacki. I tak wynosił jego „rozkład wydatków statecznych“ na szkołę lekarską“ 53.500 Złt. polskich. Pojedyncze wydatki przedstawiają się w następujący sposób:

„Na Prosektora y utrzymanie Gabinetu Anatomicznego	2500
Na Szpital służący za szkołę Praktyczną	30 000
Na utrzymanie Szpitala Bydlęcego Teatru Weterynarskiego, Kowala etc . .	20.000
Na Gabinet Patologiczny przy Szkole Praktyczney	1000 [23])“.

Kwota to na owe czasy olbrzymia, która przewyższa nawet tę, jakiej potrzebował uniwersytet wileński dla swojego wydziału lekarskiego. Urośnie ona jeszcze w oczach naszych tembardziej, jeżeli uwzględnimy, że niema tu jeszcze wliczonych pensyj profesorskich. Śniadecki nie podaje kwot, jakichby ewentualnie potrzeba było na opłacenie nauczycieli, gdyż co do tego punktu zachodziły zasadnicze różnice pomiędzy nim, a Czackim. Ten ostatni, jak widzieliśmy, proponował wynagrodzenia tak nizkie, na jakieby się z pewnością żaden profesor, przedstawiający jakąkolwiek tylko wartość, nie zgodził. Wychodząc zaś z założenia, że od wartości profesora pod względem pedagogicznym i innych jego zalet należy uczynić zależną stopę jego pensyi, sądzi Sniadecki, że „daleko będzie lepiey y taniey z każdym Profesorem osobny robić układ. Są objekta do których można dostać mnóstwo ludzi y dosyć tanio, są inne do których trudno iest kogo zyskać y trzeba go dobrze zaplacić. Nakoniec w tymsamym objekcie może bydź kilku ludzi zdatnych, ale nie równey wartości. Nakoniec młodzi ludzie dadzą się łatwiey y taniey godzić aniżeli zasłużeni y iuż w uczonym świecie znani“ [24]). Z tego powodu należy z każdym profesorem osobno zawrzeć umowę co do wysokości pobieranej pensyi. Przytem należy się wprawdzie starać o jak najtańsze ich pozyskanie, lecz pamiętać należy w każdym razie o stworzeniu dla niego warunków wygodnej egzystencyi. Miarodajnymi zaś mają być w pierwszym rzędzie zdolności ubiegającego się, jego sława i wiek, przedmiot, który będzie wykładał, ilość godzin tygodniowo wykładanych i t. d.

Wiedząc dobrze, że nauczyciel mający poza zawodem nauczycielskim jeszcze inne zajęcia, które mu mogą korzyści, lub szkodę przynieść, nie będzie pamiętał o swoich obowiązkach zawodowych, żąda Śniadecki od niego, by się całkiem od tych zajęć oderwał i oddał się jedynie i wyłącznie zawodowi wychowania. Ponieważ zaś „zatrudnianie się wychowaniem iest nayprzykrzeyszym rzemiosłem.... naynudnieyszym y nayniewdzięczuieyszym rodzaiem pracy..., trzeba uderzyć w sprężynę, która wszystkie postępki człowieka porusza, to iest w osobisty interes“. Zaopatrzywszy się w środki, pozwalajace odpowiednio wynagrodzić trudny zawód nauczycielski, trzeba przedewszystkiem szukać zdolnych ludzi. Przy poszukiwaniach zaś tych należy pamiętać, że ludzi z ustaloną już sławą trudno wynajdzie dla obsadzenia wszystkich katedr i dlatego należy się na razie zadowolnić, o ile tego konieczność wymaga, młodymi, zdolnymi ludźmi, którzy na przyszłość wiele obiecują. Bodźcem ma być dla nich obok sławy przyszłej nadzieja zdobycia większej pensyi. Ztąd ta nierówność pensyi proponowana przez Śniadeckiego, która z jednej strony nie narazi skarbu na zbyt wielkie wydatki i zachęci młodych ludzi do energicznej pracy nad sobą, a z drugiej znowu strony pozwoli sprowadzić do Krzemieńca słynnych ludzi z najdalszych stron.

Przedmiot wykładany przez profesora, ma być przy wymiarze pensyi o tyle uwzględniony, o ile istnieją przedmioty, dla których trudno wogóle znaleźć kandydatów, lub też takie, które wymagają z powodu niebezpieczeństw, jakie im towarzyszą. pewnego poświęcenia własnej osoby. „Czyż można Professora Teologii, lub pisma Śgo, którym każdy Mnich bydź może, tak płacić iak y Professora Matematyki wyższey, Astronomii, Fizyki, Kliniki y t. p. do których zaledwo kilkunastu w całey Europie ludzi znaleść można, które poświęceniami całego wieku, y najczęściey stargania sił oddaney im osoby wymagaią“ [25]).

Profesor może swojemu zadaniu najlepiej odpowiedzieć, jeżeli będzie miał siły i dosyć czasu, by nad swojem własnem udoskonaleniem pracował. Jedno i drugie zaś będzie miało miejsce, jeżeli nie będzie zanadto przeciążony nauczaniem. Mając wielokrotnie sposobność kontrolowania czynności profesorów zagranicą, występuje Śniadecki przeciw zamiarowi Czackiego rozłożenia przedmiotów w ten sposób, by jeden profesor miał nauczać 20, lub nawet i 10 godzin tygodniowo. Coś podobnego uważa już z tego powodu za niemożliwe, lub też conajmniej za szkodliwe, gdyż „w Naukach doświadczalnych.... przygotowanie demonstracyi do iedney lekcyi wymaga czasem dwóch lub trzech dni czasu“. Obstawanie zaś przy ścisłem przeprowadzeniu takiego niekorzystnego rozkładu musiałoby jedną i drugą interesowaną stronę na szkodę narazić.

Równocześnie z wymienionymi tu ważnymi względami, należy pamiętać o narodowości kandydatów na stan nauczycielski. Pod tym względem istniała zupełna zgoda pomiędzy Czackim, a Sniadeckim. Obydwaj dążyli do obsadzenia wszystkich posad w pierwszym rzędzie Polakami, chociażby się to nawet z nieznaczną, lecz jedynie tylko nieznaczną, szkodą nowej szkoły stać musiało. Widząc, jakie scysye i przykrości miały miejsce w uniwersytecie wileńskim za czasów rektoratu Strojnowskiego z powodu powoływania obcych żywiołów, a jaki spokój i rozkwit panował w Krakowie z powodu obsadzenia katedr przez Polaków, błaga Śniadecki nadewszystko, żeby pierwszeństwo przed Niemcami dawano Polakom, a przedewszystkiem Wołynia-

[21]) Kod. nr. 3102 Bibl. Jagiel. list Czackiego do Jana Śniadeckiego z Krakowa dnia 21 kwietnia 1805.

[22]) X. Hugona Kołłątaja korespondencyja listowna. Kraków 1844, T. II.

[23]) Kod. nr. 3151 Bibl. Jag. List Jędrz. Śniadeckiego do Czackiego z 3-go kwietnia 1803.

[24]) Tenżesam list.

[25]) Tenżesam kod., list bez daty do Czackiego.

nom. „Kollegium Lekarskie Krakowskie opatrzyło niemal wszystkie prowincye Koronne dobremi Doktorami, a w czasie potrzeby dostarczało woyskom bywszey Rzeczypospolitey potrzebną liczbę Chirurgów. Niektórzy uczniowie w Chirurgii y Medycynie z Krakowa aż do Litwy przeszli; Korona nie widziała żadnego Litwina. Tutajsze (wileńskie) Collegium Lekarskie zawsze było wypełnione samemi cudzoziemcami a kiedy wypadła potrzeba żadnego Rzeczpospolita ztąd ani Chirurga, ani medyka nie miała. Professor kliniki ziadał przez lat szesnaście płaconą sobie pensyę, a kliniki nie uformował; lekcyi, ieżdżąc za praktyką nie dawał, albo kiedy niekiedy zbutwiały przywieziony z Wiednia Sextern o Patologii kaczkowatym głosem czytał był śmiechem samych swoich uczniów, wszelako na końcu zebrawszy tu maiątek, po wyliczeniu nieskończonych swoich zasług, wziął emeryturę y do Wiednia poiechał. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy list następujący:

„Dnia 19 lipca b. r. przysłano na moje ręce 150 koron z następującym listem: „Wielmożny Panie Doktorze! Za poradą pp. Drów Flisa, Szurka i Męsowicza przesyłam na fundusz zaopatrzenia wdów i sierot po lekarzach dla Towarzystwa Samopomocy lekarzy kwotę 150 koron, na życzenie zmarłej w klinice panny Klementyny Kaczmarkówny, dla p. p. Drów Flisa, Szurka i Męsowicza przeznaczoną, a przez nich nie przyjętą. Ofiarodawczynią tej kwoty jest W. Panna Abakanowiczówna. Upoważniam Pana Doktora do ogłoszenia niniejszego listu w odpowiedniem czasopismie. Z poważaniem *M. Dembowska*".

W imieniu Wydziału Towarzystwa Samopomocy lek. składam za ten dar publiczne podziękowanie, przesłaną zaś kwotę złożyłem czekiem pocztowym L. 853,810 do kasy Towarzystwa Samopomocy.

Dr. Langie I sekretarz.

† Dr. Rudolf Trzebicky

profesor nadzwyczajny chirurgii U. J., prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, prymaryusz szpitala, członek Redakcyi „Przeglądu lekarskiego" i t. d. zakończył życie dnia wczorajszego. Życiorys podamy w jednym z następnych numerów.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. lipca.

* »Głos lekarzy«, organ stanu lekarskiego w Galicyi, Ślązku i Bukowinie, wyszedł w podwójnej objętości (Nr. 1 i 2), na dobrym papierze, wydany starannie i, zgodnie ze swojem założeniem, zawiera treść społeczno-lekarską. W artykule naczelnym »Nasz program« oświadcza Redakcya, że »Głos lekarzy« ma służyć do wymiany myśli, ma zastąpić »nieustający Wiec lekarski«, na którym Komitet redakcyjny, obejmując obowiązki przewodnictwa w dyskusyi, czuwać tylko będzie nad przestrzeganiem porządku dziennego i form parlamentarnych. Otwierając ramy dwutygodnika dla koleżeńskiego roztrząsania wszystkich spraw, dotyczących bytu lekarzy, Redakcya osobistego zdania narzucać nie zamierza, zastrzegając swemu zapatrywaniu tyle tylko znaczenia, ile go ma zdanie pewnej grupy, nie roszczącej sobie prawa do rozstrzygania, lecz pragnącej być wysłuchaną. Ogólnie rzeczy biorąc, Redakcya »Głosu lekarzy« zmierzać będzie »do ustalenia postulatów wszystkich lekarzy w całym kompleksie spraw ogół lub znaczne jego odłamy obchodzących; do obmyślenia środków i dróg w celu urzeczywistnienia naszych wspólnych żądań i do ścisłego zespolenia wszystkich w jednej zawodowej organizacyi«. W szczególności zaś Redakcya do swego programu zalicza wszystkie sprawy, wynikające ze stosunku lekarzy do społeczeństwa, do instytucyi pracodawczych, do ciał ustawodawczych, do rządu krajowego i państwowego, wreszcie sprawy wzajemnego stosunku lekarzy w zakresie ich działania zawodowego. Redakcya w dalszym ciągu zaznacza, że interesy zawodowe lekarzy bynajmniej nie są w rozdźwięku z interesami społeczeństwa, któremu zależeć musi na posiadaniu dostatecznej liczby odpowiednio przygotowanych lekarzy, przeto logicznie wnosi, że wszystkie czynniki społeczne przyłożyć powinny ręki do zabezpieczenia bytu lekarzy, a nowy organ w tem pośrednictwie między społeczeństwem a stanem lekarskim może odegrać rolę nadzwyczaj pożyteczną i w skutki obfitą.

W artykule redaktora naczelnego, Dr. Mikołajskiego, p. t.: »O potrzebie organu zawodowego dla lekarzy«, zebrane są wszystkie przekonywujące argumenta, które popierają twierdzenia autora, że »bez organu nie da się po prostu wytworzyć i utrzymać silna organizacya, łącząca wszystkich lekarzy«. Wszystkie zawody zdobywają się na czasopisma zawodowe, a tem więcej potrzebuje ich stan lekarski, pozbawiony możności częstego wiecowania. Tylko stała i ciągła wymiana myśli może doprowadzić do porozumienia, a porozumienie do jednomyślności, bez której niczego osiągnąć nie zdołamy. W dalszym ciągu wyjaśnia autor, dlaczego Izby lekarskie nie są wstanie spełnić tego zadania tak, że wytworzenie równoległej organizacyi stało się niezbędnem: Dr. Mikołajski sądzi, że wina leży po stronie członków Izb, krórzy nie popierają tych instytucyi (Izb); »Głos lekarzy« będzie orędownikiem usiłowań wydziałów wszystkich Izb rakuzkich, dążących szczerze do wydatniejszej działalności. Dalej autor podaje historyczny przebieg sprawy założenia polskiego organu społeczno-lekarskiego, następnie zapewnia o bezwzględnem wykluczeniu w wydawnictwie spraw politycznych, narodowościowych i religijnych, mogących przeszkadzać w dopięciu solidarnej i ogólnej organizacyi lekarzy. Jakby w uzupełnieniu programu oświadcza Dr. Mikołajski, że nie zamierza podejmować w czasopiśmie spraw osobistych między lekarzami, gdyż »Głos lekarzy« mieć będzie na oku sprawy ogólne, zadania bytu lekarzy, a nie nieporozumienia członków, które skutecznie załatwić mogą inne instytucye lekarskie.

Ze względu na to, że Redakcya rozesłała ten Nr. wszystkim lekarzom, nie streszczamy dalszych artykułów: »Przestroga dla młodzieży«; »Zjazd lekarzy we Lwowie«; »W ważnej sprawie«; »Dotychczasowe usiłowania w celu polepszenia doli lekarzy w Galicyi«; »Komisye lekarzy gminnych i okręgowych«; »Coraz więcej obowiązków, coraz mniej praw«; »Czy ogólny strejk lekarzy jest dopuszczalny?« »Reorganizacya Towarzystwa samopomocy lekarzy«; «Wiec medyków we Lwowie«; — wreszcie odcinek: »Eskulap obywatelem«, rubryka: »Korespondencye« i »Kronika«. Wszystkie te prace pouczające i godne przeczytania.

O koniecznej potrzebie polskiego organu sprłeczuo-lekarskiego, jesteśmy głęboko przeświadczeni i uznajemy, że wydawnictwo jego, ażeby było pożyteczne, musi być niezależne, niezwiązane z innym organem lub instytucyą, mającą statutem zastrzeżone inne zadania. Kto bywał na wiecach i walnych zebraniach lekarzy naszych, mógł się przekonać, ze większość dziwnym sposobem przeocza przeobrażenia społeczno-ekonomiczne, którym ulegają dziś narody, a tem samem nie przewiduje nieuniknionych następstw dla stanu lekarskiego; zaskakują nas dotkliwe niespodzianki, ciężko krzywdzące nasz byt, aczkolwiek są one już systematycznym wypływem nowego ustroju społeczno-ekonomicznego, któremu i państwo dziś podało rękę. Redakcya »Głosu lekarzy« przysłużyłaby się czytelnikom swoim, podając w charakterze informacyjnym kilka ogólnych rysów o organizacyi nowoczesnego społeczeństwa, którego stan lekarski stanowi cząstkę dotychczas nie wcielona, pomimo istnienia Izb lekarskich. Na takiem tle zarysują się wybitniejszemi liniami nasze zadania samopomocy, zakreślą się granice samoistnego, nie naśladowanego, a godnego stanu lekarskiego, działania. »Co nas boli« wszyscy wiemy, bo wszyscy doświadczyliśmy tego, jak się to mówi, »na własnej skórze«. Dziś na porządku dziennym stoi zadanie dalsze: jak działać należy, ażeby usunąć te przyczyny, które ból wywołują? jak przystosować się do nowego porządku świata, łącząc samopomoc i samoobronę z zachowaniem tych zasad etycznych i altruistycznych, które intergralnie złączone są z naszym zawodem i z naszem powołaniem? Przygotowani na trudności, wynikające z przeprowadzenia tego dylematu, żywimy przekonanie, że Redakcya »Głosu lekarzy« wyjdzie z tych trudności zwycięzko, rękojmię dają nam zasadnicze myśli, wypowiedziane w Nr. 1. »Głosu lekarzy«, oraz przebijające z każdego wiersza uświadomienie celów ogólnej organizacyi naszego stanu lekarskiego.

* Wszystkie austryackie Izby lekarskie otrzymały d. 22 marca b. r. projekt proponowanych zmian ordynacyi lekarskiej z prośbą o na-

desłanie oceny projektu do d. 15 czerwca. D. 5 lipca odbyła się w Wiedniu konferencya Komitetu rewizyjnego ustawy Izb lekarskich, złożonego z delegatów Izb, z przybraniem doradcy prawnego, adwokata Voglera. Po należytem rozejrzeniu się w nadesłanych ocenach ułożył Komitet ostateczną redakcyę projektowanych zmian, które zostaną przedstawione do uchwały na jesiennym wiecu Izb lekarskich. Co do § 43 (zawieszenie prawa praktyki lekarskiej), to na 15 głosujących 10 oświadczyło się *za* a 5 *przeciw*; na tej podstawie zgromadzenie delegatów uchwaliło § 43 zatrzymać w projekcie i poddać go pod rozstrzygnięcie na wiecu Izb lekarskich w jesieni.

* Komitet berliński, zajmujący się badaniem raka, postanowił wydawać własny organ: »Zeitschrift für Krebsforschung«.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Dworzański K. (Kęty), Karpiński S. (Lisko), Mosler M. (Borszczów), Olpiński J. (Trembowla), Rokossowski W. (Sądowa Wisznia), Wojczyński M. (Zakopane), Dawidowicz E. (Stanisławów), Kolasiński A. (Wielopole Skrzyńskie), Mendlowski W. (Gliniany), Płochocki T. (N. Sącz), Rosenbaum J. (Stanisławów), Silberstein J. (Przeworsk), Frączkiewicz J. (Kraków), Walsleben T. (Krosno), Wilder J. (Drohobycz), Stokłosiński F. (Rawa), Muszkiet K. (Żółkiew), Waligórski Cz. (Drohowyże), Piaskiewicz W. (Kołomyja), Sobieszczański L. (Bohorodczany).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVI (28—VI—4—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 25, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 10 (2 zam.), z zapalenia płuc 3, z błonicy 1 (zam.), z krztuśca 1, z ospy 1, z czerwonki 1 (zam.), z cholery niemowląt 3.

* Między 1 a 7 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (1 g.), dobromilskim (1 g.), horodeńskim (3 g.), jarosławskim (1 g.), jaworowskim (2 g.), kałuskim (1 g.), lwowskim (1 g.), mościskim (1 g.), podhajeckim (1 g.), przeworskim (1 g.), śniatyńskim (1 g.), zaleszczyckim (1 g.), złoczowskim (2 g.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. W. Serbski mian. został profesorem nadzwyczajnym psychiatryi i neurologii w Moskwie. Doc. Cohnheim mianowany profesorem nadzw. fizyologii w Heidelbergu. Doc. Oesterle otrzymał tytuł profesora farmakologii w Bernie.

Nekrologia. Dr. Jan Łukowski, lat 66, zmarł w Żytomierzu. Dr. F. Gumnicki, lat 60, zmarł w Bodzanowie. Dr. Edward Pivl, lekarz w Stryju, zmarł w 33 r. życia.

Bibliografia:

Przegląd higieniczny Nr. 7 Lachowicz: Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austryi, epidemiologiczne spostrzeżenia i wnioski co do jej zwalczania. Mańkowski: Zakład higieny w Bernie szwajcarskim (dok.).

— ***Kronika lekarska*** Nr. 13. Dudrewicz: Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego. Heiman: Przyczynek do postępowania lekarskiego w ostrych zapaleniach ucha środkowego. Rzeczniowski: Podstawy psychofizyologicznej teoryi histeryi (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Władysław Sterling: O ośrodkach korowych mięśni ocznych. Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.). Arnstein: Drgawki ogólne u dzieci (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 28. Wł. Sterling: Przyczynek do badań nad chorobą Morvana i nad powstawaniem jam w rdzeniu (dok.). Karczewsk: Przypadek torbiela jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej (dok.).

— ***Postęp okulistyczny*** Nr. VI. Bochenek: Drogi nerwowe dla odruchów, wywołanych wrażeniami wzrokowemi. Rumszewicz: O utworach torbielowych w okolicy mięska łzowego.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. Sterling: W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Rzętkowski: O wydawaniu świadectw choroby przez lekarzy. Bieliński: Założenie Wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28. Srdinko: Příspěvek k srovnavácí anatomii a embryologii nadledviny (dok.). Jeništa: Flegmony krku (dok.). Zabradnický: Zpráva o chirurgické činnosti v nemocnici německobrodské za prvé pětileti od r. 1898—1902 (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 54. Gaucher: Język łuskowaty. Thiénot: Technika karmienia sztucznego.

Nr. 55. Brocq: Wysypka pośrednia między łupieżem różowym Giberta a łojotokiem łuszczycowatym. Kilka uwag o przebiegu i przedstawienie graficzne chorób skórnych. Mauté: Żywienie w przewlekłem zapaleniu nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28 Hansemann: Czaszka z obustronnem zrośnięciem stawów żuchwowych. Martini: Prątek dżumy i surowica dżumowa. Dunbar: Etyologia i leczenie swoiste nieżytów jesiennych. Pfeiffer i Friedberger: Bakteryobójcze działanie promieni radu *(radium)*. Immerwahr: Gorączka sienna i jej leczenie surowicą przeciwpyłkową Dunbara. Benninghoven: Działanie gonosanu w zapaleniu cewki moczowej i pęcherza. Frankenhäuser: Nowy pogląd przy ocenianiu skuteczności kąpieli. Czellitzer: Promienie Becquerela a ślepota.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Van de Velde: Hebotomia ze stałem rozszerzeniem miednicy. Kapsammer: Moczenie mimowolne i jego leczenie za pomocą wstrzykiwań epiduralnych. Schumacher: Przypadek skrzyżowanego nieprawidłowego umiejscowienia nerek ze zmianami położenia narządu płciowego. Natanson: Chrząstka w nerce.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Gruber i Pirquet: Toksyny i antytoksyny. Roos i Hinsberg: Cerolina, istota tłuszczowa drożdży, działająca leczniczo. Flatau: Zastosowanie w ginekologii znieczulenia morfino-skopolaminowego. Holzknecht i Grünfeld: Nowy materyał dla ochrony zdrowej skóry od szkodliwego wpływu promieni Röntgena i wogóle ochrona przeciw szkodliwemu wpływowi promieni. Struppler: Przyczynek do nauki o niedomykalności aorty po urazie. Strauss: Moje wyniki epiduralnych wstrzykiwań przez nakłócie kanału krzyżowego w leczeniu kiły i chorób czynnościowych narządów moczopłciowych. Aronheim: Czy plamy Koplika są w istocie pewnym objawem wczesnym odry? Liebrecht: Powstawanie i kliniczne znaczenie tarczy zastoinowej. Graefe: W sprawie owaryotomii podczas ciąży. Magnani: Znieczulające działanie yohimbiny.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Criegern: Kazuistyczny przyczynek do nauki o schorzeniach układu naczyniowego, które powstają prawdopodobnie na tle nerwowem. Bloch: Uwagi kliniczno-hematologiczne. Stenger: Przyczynek do etyologii i terapii twardzieli ucha środkowego. Scagliosi: Przyczynek do patologii oparzenia skóry. Edinger: Znaczenie związków rodanu dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.